

ASPECTS DE LA SECURITE SOCIALE

***Groupe de travail interdépartemental
«Perspectives de financement des assurances sociales
(IDA FiSo) 2»***

***Analyse des prestations
des assurances sociales***

***Concrétisation de modifications possibles en fonction
de trois scénarios financiers***

Décembre 1997

Diffusion:
Office central fédéral des imprimés et du matériel,
3000 Berne

318.012.1/97 f 12.97 2 000

Groupe de travail interdépartemental
„Perspectives de financement des assurances sociales (IDA FiSo) 2“

Analyse des prestations des assurances sociales

Concrétisation de modifications possibles
en fonction de trois scénarios financiers

Berne, décembre 1997

Table des matières

Table des matières	1
Introduction	6
1. Le point de la situation	6
2. Le mandat du groupe de travail IDA FiSo 2	7
3. Composition du groupe de travail interdépartemental IDA FiSo 2 et de la Commission consultative	11
4. Démarche et déroulement du travail	14
1ère partie: Paramètres de prestations examinés	18
A Premier et deuxième pilier	20
A 1 Age de la retraite	20
A 1.1 Age de la retraite pour le premier pilier	21
A 1.1.1 Changements possibles en maintenant le système de la réduction générale en cas de retraite anticipée	21
A 1.1.2 Variante réduction nulle ou faible pour certains groupes de personnes en cas de retraite anticipée	23
A 1.1.3 Variante rente de retraite: âge de la retraite variable dans une fourchette	23
A 1.2 Age de la retraite pour le deuxième pilier	24
A 2 Niveau et formule de calcul des rentes	25
A 2.1 Formule de calcul des rentes du 1er pilier, rapport rente minimale/rente maximale	26
A 2.1.1 Variante relèvement de la rente minimale	27
A 2.1.2 Variante abaissement de la rente maximale	27
A 2.1.3 Variante relèvement de la rente minimale et abaissement de la rente maximale	27
A 2.1.4 Variante relèvement du point d'infexion de la formule de calcul des rentes	28
A 2.1.5 Variante relèvement du revenu-limite pour la rente maximale	28
A 2.2 Le plafond appliqué aux couples dans le régime du premier pilier	28
A 2.3 Le taux de conversion du deuxième pilier: faire face à la progression de l'espérance de vie	29
A 2.4 Extension du deuxième pilier pour les revenus modestes	29
A 2.4.1 Abaissement de la déduction de coordination	29
A 2.4.2 Déduction de coordination du deuxième pilier variant en fonction du taux d'occupation	30
A 2.5 Variante élargissement général du deuxième pilier par le biais d'un abaissement général de la déduction de coordination	30
A 2.6 Variante suppression de la déduction de coordination	30
A 2.7 Restriction du deuxième pilier dans le domaine des revenus supérieurs	31
A 3 Adaptation des rentes	31
A 3.1 Fixation et adaptation des rentes du premier pilier	31
A 3.1.1 Modification de l'indice	32
A 3.1.2 Changement du rythme d'adaptation des rentes	33
A 3.2 Compensation du renchérissement pour les rentes de vieillesse du deuxième pilier	33

A 4 Rente de veuve et de veuf	34
A 4.1 La rente de veuve et la rente de veuf dans le premier pilier	34
A 4.1.1 Variante adaptation de la rente de veuf à la rente de veuve	35
A 4.1.2 Variante adaptation de la rente de veuve à la rente de veuf	35
A 4.1.3 Variante adaptation de la rente de veuve à une rente de veuf améliorée	36
A 4.2 Rente de veuve et rente de veuf dans le deuxième pilier	36
A 5 Autres paramètres de prestations pour les premières et deuxièmes piliers	43
A 5.1 Paramètres AVS/AI	43
A 5.1.1 Assurance AVS/AI facultative	43
A 5.1.2 Revalorisation annuelle du revenu déterminant pour le 1er pilier	43
A 5.2 Paramètres prévoyance professionnelle	44
A 5.2.1 Variante libre choix de la caisse de pension	44
A 5.3 Paramètres AI	45
A 5.3.1 Suppression de la rente complémentaire	46
A 5.3.2 Suppression du quart de rente	46
A 5.3.3 Allocation d'assistance	47
A 5.3.4 Amélioration des rentes pour les cas d'infirmité congénitale ou d'invalidité précoce	47
A 5.3.5 Maîtrise des coûts et planification des besoins	48
A 5.3.6 Cantonisation des prestations collectives	48
A 5.3.7 Augmentation du nombre de rentiers AI	48
B Assurance-chômage	51
B 1 Remarques introductives	51
B 1.1 Ecart par rapport au mandat: la situation financière actuelle de l'assurance-chômage	51
B 1.2 Différents scénarios: taux de chômage de 2,5% et taux de chômage de 3,5% en 2010	54
B 1.2.1 Scénario taux de chômage de 2,5% en l'an 2010	54
B 1.2.2 Scénario taux de chômage de 3,5 % en l'an 2010	54
B 2 Indemnités spécifiques	55
B 3 Indemnités pour réductions de l'horaire de travail (RHT)	56
B 4 Indemnités en cas d'intempérie	57
B 5 Réduction de la durée maximale des prestations de 520 à 400 jours	58
B 6 Réduction de la durée maximale du droit aux indemnités, de 520 à 200 jours, pour les personnes libérées des conditions relatives à la période de cotisation	59
B 7 Réduction de la durée des prestations, de six à trois mois, en cas d'insolvabilité	59
B 8 Nouvelle réglementation de la limite de „surindemnisation“ en cas de retraite anticipée non volontaire	60
B 9 Passage d'un système de rémunération sous forme de salaire au versement d'une indemnité lors de l'application de programmes d'occupation	60
B 10 Réduction des taux de subvention pour les mesures relatives au marché de l'emploi	61
B 11 Autres mesures	61
C Assurance-maladie	62
C 1 Changements structurels dans l'établissement du catalogue des prestations	64
C 2 Augmentation de la participation aux coûts	66

C 3	Renforcement de la responsabilité du fournisseur de prestations quant au financement	68
C 4	Réduction de surcapacités dans le secteur hospitalier	71
C 5	Réduction des surcapacités dans le secteur ambulatoire	72
C 6	Mesures dans le domaine des tarifs	73
C 7	Financement des hôpitaux	75
C 8	Potentiel de limitation des coûts	76
D	Paramètres de prestations d'autres assurances sociales	78
D 1	Assurance-accidents (AA)	78
D 1.1	Gain maximum assuré	78
D 1.2	Indemnité pour atteinte à l'intégrité	78
D 1.3	Tarifs	78
D 2	Assurance militaire (Ami)	79
D 2.1	Variante gain maximum assuré pour les indemnités journalières et les rentes	79
D 2.2	Variante réduction du taux de prestation pour les indemnités journalières et les rentes d'invalides	79
D 2.3	Variante rente pour atteinte à l'intégrité	80
D 2.4	Variante assurance-maladie et accidents facultative	80
D 3	Allocations familiales	80
D 3.1	Variante allocation familiale au niveau fédéral	81
D 3.2	Allocations familiales dans l'agriculture	81
D 3.2.1	Variante suppression de l'allocation ménage pour employés agricoles	82
D 3.2.2	Variante adaptation du taux des allocations pour enfants	82
D 3.2.3	Variante restriction du cercle des bénéficiaires	82
E	Incitations d'ordre économique - Interactions et mécanismes de transfert entre les branches des assurances sociales	83
E 1	Age ouvrant le droit à la rente	84
E 2	Impact du montant des prestations	85
F	Perspectives à court terme de l'AVS, de l'AI et de l'AC	88
2e partie: Modules de prestations dans les domaines centraux de la sécurité sociale		91
G	Démarche	91
G 1	Condensé	91
G 2	Explications des notions de „développement“ et de „réduction“	91
G 3	Critères pour le choix des paramètres de prestations et définition des accents thématiques	92
G 4	Domaines centraux de la sécurité sociale	92
G 5	Importance de l'horizon 2010	93
H	Modules de prestations dans les domaines étudiés	94
H 1	Modules de prestations dans le domaine des 1er et 2e piliers	94
H 1.1	Module 1: Pas d'incidence sur les coûts	94
H 1.2	Module 2: Réduction symétrique	94
H 1.3	Module 3: Réduction/accent thématique: âge de la retraite	96
H 1.4	Module 4: Réduction/accent thématique: formule du calcul de la rente	97
H 1.5	Module 5: Réduction/accent thématique: adaptation de la rente	98
H 1.6	Module 6: Développement/accent thématique: petits revenus, emplois à temps partiel	99

H 1.7	Module 7: Développement/accent thématique: garantir le niveau général des rentes	101
H 1.8	Module 8: Développement symétrique	101
H 2	Modules de prestations dans le domaine de l'assurance-maladie	103
H 2.1	Module 1: Faible réduction de l'augmentation des coûts	104
H 2.2	Module 2: Réduction modérée de l'augmentation des coûts	104
H 2.3	Module 3: Forte réduction de l'augmentation des coûts	105
H 3	Modules de prestations dans le domaine de l'assurance-chômage	106
H 3.1	Module 1: Taux de chômage 2,5 % - palette de prestations inchangée	107
H 3.2	Module 2: Taux de chômage de 3,5% - palette de prestations inchangée	107
H 3.3	Module 3: Taux de chômage de 2,5% - palette de prestations restreinte	107
H 3.4	Module 4: Taux de chômage 3,5% - palette de prestations restreinte	107
3e partie: Paquets de prestations		111
I	Situation initiale, données préalables, démarche	111
I 1	Situation initiale et données préalables	111
I 2	Démarche	113
K	Scénarios de prestations	113
K 1	Scénario de prestations statu quo (éléments de développement et mesures de réduction des coûts)	113
K 1.1	Paquet pour taux de chômage de 2,5%	114
K 1.2	Paquet pour taux de chômage de 3,5%	115
K 2	Scénario de prestations réduction ciblée (augmentation de 4 au lieu de 6,8 pour cent de TVA)	115
K 2.1	Paquet pour taux de chômage de 2,5%	116
K 2.2	Paquet pour taux de chômage de 3,5%	116
K 3	Scénario de prestations augmentation ciblée (augmentation de 8 au lieu de 6,8 pour cent de TVA)	117
K 3.1	Paquet pour taux de chômage de 2,5%	118
K 3.2	Paquet pour taux de chômage de 3,5%	118
4e partie: Alternatives de financement et conséquences économiques		124
L	Introduction	124
L 1	Impôt sur l'énergie: une source de financement possible pour les assurances sociales	124
L 2	Imposition de l'énergie: aperçu des projets pendants	124
L 3	Exigences essentielles auxquelles doit satisfaire un impôt sur l'énergie	125
L 4	Rendement des impôts sur l'énergie	126
L 5	Conséquences économiques	126
L 6	Rôle de l'imposition de l'énergie pour les finances fédérales	127
L 7	La question des affectations	128
L 8	Conclusions	128
M	Conséquences économiques des scénarios de prestations et des alternatives de financement	129
M 1	Termes du problème	130
M 2	Méthode	132
M 2.1	Modèle ECOPLAN / Felder	133

M 2.2	Modèle KOF	133
M 2.3	Analyses partielles INFRAS	134
M 3	Conséquences des scénarios de prestations	134
M 4	Conséquences des alternatives de financement	135
M 4.1	Financement des besoins supplémentaires par des pour-cent du salaire	135
M 4.2	Financement par un impôt sur l'énergie	137
M 4.3	Transfert : financement partiel des dépenses des assurances sociales par la réduction d'autres tâches publiques	137
M 5	Discussion	138
N	Conséquences des différents paquets de prestations pour les pouvoirs publics	141
Résumé du rapport		147
1.	Précédents, mandat et mode de travail du groupe IDA FiSo 2	147
1.1	Précédents	147
1.2	Mandat du Conseil fédéral au groupe IDA FiSo 2	147
1.3	Mode de travail du groupe IDA FiSo 2	148
1.3.1	Méthode utilisée	148
1.3.2	Intégration de la Commission consultative	150
2.	Concrétisation des paramètres de prestations (résumé de la 1ère partie)	150
2.1	Objet des paramètres de prestations	150
2.2	Paramètres de prestations dans le domaine VSI (AVS/AI/PP)	151
2.2.1	Age de la retraite	151
2.2.2	Niveau et formule des rentes	152
2.2.3	Adaptation des rentes	154
2.3	Paramètres de prestations dans l'assurance-chômage	155
2.4	Paramètres de prestations dans l'assurance-maladie	156
2.5	Paramètres de prestations dans les autres branches des assurances sociales	157
2.6	Remarques relatives aux perspectives de financement à court terme des principales branches des assurances sociales	157
2.7	Interactions et mécanismes de transfert entre les branches des assurances sociales	158
3.	Modules de prestations (résumé de la 2e partie)	158
3.1	Objet des modules de prestations	158
3.2	Présentation synoptique des modules de prestations	159
4.	Paquets de prestations et scénarios de prestations (résumé de la 3e partie)	162
4.1	Remarque préliminaire	162
4.2	Paquets de prestations dans le scénario „statu quo“ (avec éléments matériels de développement et mesures de ralentissement de l'augmentation des prix)	163
4.4	Paquets de prestations dans le scénario „Augmentation ciblée“ (besoins supplémentaires relatifs de 8,0% de TVA en l'an 2010)	166
5.	Alternatives de financement et conséquences économiques (Résumé de la 4e partie)	168
5.1	L'impôt sur l'énergie, une source de financement possible pour les assurances sociales	168
5.3	Conséquences des paquets de prestations sur les budgets publics	169
ANNEXE :	Réflexions de la Commission consultative „Sécurité sociale et nouveaux risques sociaux“	

Introduction

1. Le point de la situation

En octobre 1995 paraissait le Rapport du Département fédéral de l'intérieur sur la structure actuelle et le développement futur de la conception helvétique des trois piliers de la prévoyance vieillesse, survivants et invalidité (rapports sur les trois piliers). Partant du constat que la mutation des modes de vie, la transformation du contexte économique et le vieillissement démographique placeront la prévoyance sociale devant de nouveaux défis, le document présente les perspectives possibles dans le domaine des prestations de la prévoyance vieillesse, survivants et invalidité, avant d'estimer les conséquences financières des améliorations proposées pour le système des prestations.

Auparavant, le 21 décembre 1994, le Conseil fédéral avait chargé le Département fédéral de l'intérieur de mettre sur pied un groupe de travail "Perspectives de financement des assurances sociales (IDA FiSo)" en collaboration avec le Département fédéral des finances et le Département fédéral de l'économie publique ainsi qu'avec le concours des cantons dans le but d'examiner la garantie financière des prestations actuelles des assurances sociales. Outre l'établissement d'un état des lieux, le mandat de ce groupe de travail consistait à esquisser des pistes pour le financement de toutes les branches des assurances sociales à moyen et long terme, les prestations elles-mêmes ne devant être examinées que dans des cas exceptionnels.

Le 25 octobre 1996, après avoir pris connaissance du rapport sur les trois piliers, le Conseil fédéral confiait au groupe de travail IDA FiSo la mission supplémentaire de calculer le financement nécessaire pour la mise en œuvre des mesures dudit rapport. Outre l'examen de l'aspect du financement, ce complément avait pour but de mettre en lumière les implications pour l'économie et les finances publiques.

Dans son rapport de juin 1996, le groupe IDA FiSo est arrivé à la conclusion qu'il faut compter avec un alourdissement important de la charge financière aux horizons 2010 et 2025 sur les fronts de l'AVS, de l'AI et de l'assurance-maladie. Selon les résultats du rapport, si la tendance ne devrait pas varier fondamentalement selon les différents scénarios testés, l'assurance-chômage se révèle par contre très sensible à l'évolution économique.

Les deux hypothèses de financement privilégiées furent celles du prélèvement de pourcent salariaux et du relèvement du taux de la taxe sur la valeur ajoutée, une taxe sur l'énergie entrant en considération à titre de complément. La question des incidences économiques du financement des besoins supplémentaires a été abordée sur un plan strictement théorique. Le groupe de travail préconisait de mandater un expert pour examiner cet aspect.

Par décision du 21 février 1996, s'inscrivant dans la planification financière de la législature, le Conseil fédéral a chargé le Département fédéral de l'intérieur (DFI), en collaboration avec le Département fédéral des finances et le Département fédéral de l'économie publique, d'élaborer des scénarios dans le prolongement du rapport sur les perspectives de financement des assurances sociales pour déterminer l'enveloppe financière et d'éventuelles adaptations des prestations, étant entendu que les options proposées pourraient par la suite revêtir un caractère contraignant. Ces mesures concernent au premier chef l'AVS, l'AI, l'assurance maladie et l'assurance chômage (Mandat initial).

2. **Le mandat du groupe de travail IDA FiSo 2**

Le mandat du groupe de travail IDA FiSo 2 a été entériné par le Conseil fédéral le 23 septembre 1996 après plusieurs séances de travail. Dans les paragraphes qui suivent, le lecteur trouvera un tour d'horizon des décisions du Conseil fédéral avec quelques tableaux à l'appui. Pour des raisons de cohésion et de compréhension, des modifications minimales d'ordre purement rédactionnel - donc sans incidence matérielle - ont été apportées sur quelques points.

Description générale du mandat

La tâche principale du groupe IDA FiSo 2 consiste à coordonner et à concrétiser les conclusions des bases de décisions existantes, soit le rapport sur les trois piliers d'octobre 1995 et le rapport du groupe IDA FiSo 1 de juin 1996. Par rapport à ce dernier, la mission du groupe IDA FiSo 2 est de définir les éléments qui peuvent être développés ou revus à la baisse et d'en apprécier les conséquences et les potentialités du point de vue social et financier.

Cadre - Paramètres de prestations

Le Conseil fédéral a défini les paramètres de prestations suivants comme variables pour les travaux du groupe IDA FiSo 2:

Tableau 1: Aperçu des paramètres de prestations à prendre compte

<i>Branche des assurances sociales</i>	<i>Paramètres à prendre en compte par le groupe IDA FiSo 2</i>
<i>AVS</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Réglementation de l'âge de la retraite (+/-) • Uniformisation des rentes de veuve et de veuf (+/-)
<i>AI</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Introduction d'une allocation d'assistance (+) • Amélioration des rentes pour les cas d'invalidité précoce (+) • Suppression de la rente complémentaire (-) • Suppression du quart de rente (-)
<i>AVS/AI</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Rapport rente minimale / rente maximale (+/-) • Assurance vieillesse et invalidité facultative pour les Suisses de l'étranger (-) • Examen du niveau des nouvelles rentes et adaptation des rentes en cours: <ul style="list-style-type: none"> - Réexamen de l'indice mixte (+/-) - Introduction de la revalorisation annuelle du salaire formateur de la rente (+)
<i>AM</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Examen des changements structurels pour la détermination du catalogue des prestations (Commission fédérale des prestations de l'assurance-maladie; Commission fédérale des médicaments; prise en compte du coût macro-économique de nouvelles prestations) (-) • Introduction d'un système limitant les autorisations pour les fournisseurs de prestations (-)
<i>AC</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Indemnités en cas d'intempéries (-) • Réduction de l'horaire de travail (+/-) • Indemnités journalières spéciales dégressives en rapport avec les programmes d'emploi temporaires (-)

Légende

- + = paramètre induisant une charge financière supplémentaire
- = paramètre induisant un allégement de la charge financière
- +/- = paramètre pouvant aussi bien alourdir qu'alléger la charge financière

Ce catalogue se limite aux branches des assurances sociales définies comme prioritaires aux termes du mandat défini par le Conseil fédéral le 21 février 1996¹. Il n'est pas conséquent *pas exhaustif*, ce qui veut dire que le groupe IDA FiSo 2 peut intégrer d'autres branches d'assurances à son examen.

A côté des paramètres de prestations proprement dits, la réflexion doit englober les *adaptations structurelles* qui recèlent un certain potentiel d'économie (p.ex. meilleure conduite/planification des besoins pour l'AI, mécanismes de maîtrise des coûts pour l'AM). Il convient en outre de prendre en considération les propositions du groupe de travail qui se penche sur le projet de "Nouvelle péréquation financière" concernant le désenchevêtrement des tâches et des mesures de financement entre la Confédération et les cantons (p. ex. dans le domaine AVS/AI, attribuer à la Confédération la compétence des prestations individuelles et aux cantons celle des prestations collectives).

Scénarios de prestations

Les paramètres de prestations définis plus haut, pour chacun desquels diverses variantes peuvent être élaborées, viennent s'inscrire dans les scénarios de prestations présentés ci-dessous, étant entendu qu'ils doivent respecter une enveloppe financière donnée.

Tableau 2: Les scénarios de prestations en un coup d'oeil

Scénarios de prestations	Paramètres de prestations	Enveloppe financière (jusqu'en 2010)	
		mesurée en % de TVA	mesurée en % de salaire
„Augmentation“	Système de prestations actuel (y compris assurance-maternité) + développement selon catalogue des prestations prioritaires	+8	+6,2
„Statu quo“	Système de prestations actuel (y compris assurance-maternité)	+ 6,8 ¹	+5,2
„Réduction“	Système de prestations actuel (y compris assurance-maternité) + réductions selon catalogue des prestations prioritaires	+ 4,0	+3,5

¹Correspond au besoin supplémentaire de financement déterminé par le rapport IDA FiSo pour 2010 dans l'hypothèse d'un maintien du standard actuel des prestations.

¹ Au chiffre 4 de son arrêté concernant le plan financier de la législature 1997-99, le Conseil fédéral charge le DFI, en collaboration avec le DFF et le DFEP, d'esquisser sur la base du rapport sur les perspectives de financement des assurances sociales différents scénarios qui pourraient par la suite servir à des mesures contraignantes par rapport à l'enveloppe financière et d'éventuelles adaptations des prestations. Les branches concernées sont avant tout l'AVS, l'AI, l'assurance-maladie et l'assurance-chômage.

Le rapport présentera ensuite brièvement, pour chacune des branches des assurances sociales, les effets principaux possibles d'un gel des dépenses dans le domaine des assurances sociales (abstraction faite du point de TVA prévu par la constitution pour le financement de l'AVS).

Ces scénarios doivent être soumis à une analyse et une évaluation sous les angles économique, financier et social. A ce titre, il convient par exemple de tenir compte des interactions et mécanismes de transfert entre les différents systèmes de prestations sociales ou les incidences possibles sur le budget de la Confédération (plan d'assainissement 2001).

Catalogue des principes applicables aux travaux de suivi

En marge du mandat proprement dit du groupe de travail IDA FiSo 2, le Conseil fédéral a défini quelques principes conçus comme autant de balises destinées à déterminer l'orientation générale des travaux.

1 Principes concernant les prestations:

- 1.1** Au niveau fédéral, le *principe de l'assurance* (le versement de cotisations donne droit à des prestations d'assurance) doit primer le *principe du besoin* (les prestations ne sont versées qu'en cas de besoin), vu que les prestations d'assurance sont considérées comme un droit *essentiel*, et les prestations en cas de besoin comme un droit *complémentaire*.
- 1.2** L'objectif prioritaire du système de prestations des assurances sociales est la *réinsertion* économique et sociale.
- 1.3** Les pistes proposées doivent viser l'*harmonisation matérielle* la plus large possible entre les différentes branches d'assurance du système de prestations.

2 Principes concernant le financement:

Le *principe d'équivalence* (détermination des prestations individuelles en fonction des prestations attendues) peut être complété et renforcé par l'application du *principe de la capacité financière* (détermination des prestations individuelles en fonction de la capacité économique, redistribution des ménages disposant d'un revenu élevé vers les ménages de condition modeste).

3 Principes concernant la répartition des tâches incombant à la Confédération:

- 3.1** La compétence décisionnelle (pilotage) et l'obligation de pourvoir au financement devraient en principe relever du même niveau de l'Etat (*principe de congruence*).
- 3.2** Les prestations pouvant mieux être gérées de façon décentralisée, elles tombent en principe dans la sphère de compétence des cantons. Si toutefois l'exécution des tâches n'autorise pas de différences régionales, elle doit alors incomber à la Confédération.

Le groupe de travail est épaulé par une commission consultative dont la tâche consiste à accompagner le groupe IDA FiSo 2 dans ses travaux et à lui soumettre des suggestions.

3. Composition du groupe de travail interdépartemental IDA FiSo 2 et de la Commission consultative

Composition du groupe IDA FiSo 2

- Département fédéral de l'intérieur
Secrétariat général
Office fédéral des assurances sociales

Claudia Kaufmann, secrétaire générale, présidence
Otto Piller, directeur
Anton Streit, sous-directeur
- Département fédéral de l'économie publique
Secrétariat général
Office fédéral de l'industrie, des arts et métiers et du travail

Kuno Hämisegger, conseiller scientifique
Hans J. Pfitzmann, chef de la Division de l'assurance-chômage (jusqu'à septembre 1997)
Dieter Grossen, directeur suppléant (à partir d'octobre 1997)

Office fédéral des affaires conjoncturelles *Peter Saurer*, sous-directeur
- Département fédéral des finances
Administration fédérale des finances
Administration fédérale des contributions

Peter Siegenthaler, directeur suppléant
Kurt Dütschler, chef suppléant de la Division statistique fiscale et documentation
- Représentants des cantons *Philipp Stähelin*, Conseiller d'Etat, chef du Département des finances et des affaires sociales du Canton de Thurgovie
- Représentant des milieux scientifiques *Prof. Ulrich Kohli*, Département d'économie politique de l'Université de Genève
Prof. Pascal Mahon, Faculté de droit et de sciences économiques de l'Université de Neuchâtel

Les membres de l'administration fédérale ont été épaulés par les spécialistes suivants:

- Département fédéral de l'intérieur
Secrétariat général *Pascal Coullery*, Service spécialisé des affaires sociales
Office fédéral des assurances sociales *Ludwig Gärtner*, chef du Service spécialisé Economie, questions fondamentales, recherche
Marie-Thérèse Furrer, collaboratrice scientifique (secrétariat et procès-verbaux)
- Département fédéral de l'économie publique
Secrétariat général *Martin Siegrist*, collaborateur scientifique
Office fédéral de l'industrie, des arts et métiers et du travail *Valentin Lagger*, collaborateur scientifique
- Département fédéral des finances
Administration fédérale des finances *Eveline Gugger Bruckdorfer*, collaboratrice scientifique

Composition de la Commission consultative

- Administration fédérale *Otto Piller*, directeur de l'OFAS (présidence)
- Cantons *Marina Masoni*, Conférence des directeurs cantonaux des finances
Ernst Zürcher, Conférence des directeurs cantonaux des affaires sociales
Othmar Aregger, chef de l'Office des affaires sociales du Canton de Lucerne
Simon Darioli, chef du Service de l'action sociale du Canton du Valais
- Communes *Thüring von Erlach*, juriste, Association des communes suisses
Monika Stocker, Union des villes suisses
- Partenaires sociaux *Hans Rudolf Schuppisser*, Union patronale suisse
Hanspeter Konrad, avocat, Union suisse du commerce et de l'industrie (Vorort)
Jean-Pierre Siggen, Union suisse des arts et métiers (jusqu'à juin 1997)
Kurt Gfeller, Union suisse des arts et métiers (à partir de juillet 1997)
Colette Nova, Union syndicale suisse
Peider Signorell, Fédération des sociétés suisses d'employés
Annette Wisler Albrecht, avocate, Confédération des syndicats chrétiens de Suisse
- Milieux scientifiques *Prof. Gabrielle Antille*, Département d'économétrie de l'Université de Genève
Prof. Pierre Gilliland, Institut des hautes études en administration publique, Lausanne
Prof. Robert E. Leu, Département d'économie politique de l'Université de Berne
Prof. Jürg H. Sommer, Centre de recherches économiques de l'Université de Bâle

4. Démarche et déroulement du travail

Entre le 28 janvier 1997 et le 15 décembre 1997, le groupe de travail IDA FiSo 2 s'est réuni à dix reprises, dont deux fois à l'occasion de séances spéciales de deux jours. La commission consultative a pour sa part tenu cinq séances sur le même laps de temps.

Travail du groupe IDA FiSo 2

Se fondant sur les paramètres de prestations fixés dans le mandat du Conseil fédéral, le groupe de travail IDA FiSo 2 a, dans un premier temps, défini le cadre de sa démarche: d'une part, il a dégagé diverses variantes pour les paramètres de prestations définis par le Conseil fédéral et décrit leurs implications financières et, d'autre part, il a fait appel à des paramètres ne figurant pas dans le mandat.

Dans un deuxième temps, il a établi des modules de prestations en privilégiant différentes priorités en vue d'atteindre l'objectif fixé. Les modules de prestations des trois domaines de la prévoyance VSI, de l'assurance-chômage et de l'assurance-maladie ont, dans un troisième temps, été combinés avec les scénarios de prestations „statu quo“, „augmentation“ et „réduction“ de sorte à obtenir plusieurs paquets de prestations possibles pour chaque scénario.

IDA FiSo 2 s'est en outre attachée aux répercussions sur l'économie des scénarios définis par le Conseil fédéral. Des études empiriques confiées à des bureaux externes ont élaboré les bases scientifiques permettant d'évaluer les effets, d'une part, des trois scénarios de prestations („Augmentation“ et „Réduction“ en comparaison de „Statu quo“) et, d'autre part, de divers scénarios de financement („prélèvement de pour-cent salariaux“, „taxe sur la valeur ajoutée“ et „prise en compte d'une taxe sur l'énergie“).

Travail de la Commission consultative

La tâche de la Commission consultative a consisté à accompagner les travaux du groupe IDA FiSo 2 tout en lui soumettant des suggestions. Partant de ce mandat la commission s'est penchée sur les travaux du groupe de travail en mettant l'accent sur les paramètres de prestations. Elle a proposé pour ces derniers des variantes supplémentaires: toutes les variantes incorporées par le groupe de travail dans sa démarche à l'instigation de la commission consultative sont signalées comme telles dans le rapport. La Commission consultative a également pris connaissance du projet de rapport du groupe IDA FiSo 2 et soumis des propositions de changements. Ces dernières ont été débattues en séance et, lorsque les propositions étaient compatibles avec le mandat du Conseil fédéral, elles ont été intégrées dans le rapport final.

Ayant en outre estimé que la seule approche fondée sur les paramètres de prestations des assurances sociales ne couvrait pas la réalité sociale dans son intégralité, la Commission consultative a introduit le thème des nouveaux risques sociaux dans la réflexion du groupe IDA FiSo 2. Un groupe de travail regroupant des membres de la Commission a élaboré un rapport sur la question; après approbation par la commission, le document a été transmis au groupe IDA FiSo 2 qui a décidé par 6 voix (pour) à 4 (contre) d'intégrer

le rapport de la Commission consultative dans le rapport final au titre d'annexe, sans toutefois s'être prononcé sur son contenu.

Etudes empiriques

Dans le rapport du premier groupe de travail interdépartemental sur les perspectives de financement des assurances sociales de juin 1996 (rapport IDA FiSo 1), la question des effets concrets du besoin de financement supplémentaire estimé dans les domaines économique et social et celle des implications que cela représente pour les finances publiques sont restées largement sans réponse. Idem pour la question des processus d'adaptation à court et moyen terme et pour celle des incidences économiques sur la croissance, le marché de l'emploi, la compétitivité et les prix dans l'hypothèse d'une augmentation de la fiscalité directe et indirecte de l'ordre de grandeur de celle présentée dans le rapport et suivant un rythme analogue. Aussi le groupe de travail a-t-il proposé au Conseil fédéral de lancer un appel d'offres pour plusieurs études empiriques.

Par décision du 23 août 1996, ce dernier a donné l'autorisation au Département fédéral de l'intérieur de débloquer un montant de 600'000 francs pour financer ces études.

Regroupant des représentants de tous les départements participant au groupe IDA FiSo 2, un groupe de travail "Mandats" a été institué et chargé de préparer l'appel d'offres et d'assurer le suivi des travaux de recherche.

Les études ont été réalisées par les groupements de recherche ECOPLAN/Felder et INFRAS/KOF, ainsi que par le bureau d'études sociales BASS, spécialisé dans les domaines de la politique sociale et de la politique du travail.

Au moment de la clôture des travaux du groupe IDA FiSo 2, les études d'ECOPLAN/Felder et du bureau BASS étaient terminées: il a donc été tenu compte de leurs résultats dans le rapport final. Pour ce qui est de l'étude du tandem INFRAS/KOF, le rapport IDA FiSo 2 se fonde sur les résultats intermédiaires fournis. Le groupe de travail IDA FiSo 2 se réserve donc la possibilité d'apporter un complément aux variantes de prestations élaborées s'il devait juger la chose nécessaire sur la foi des résultats finaux de l'étude du groupe INFRAS/KOF.

Structure du rapport final

La structure du rapport final est calquée sur les étapes de travail du groupe IDA FiSo 2, qui ont été décrites dans les pages qui précèdent. Le rapport de la Commission consultative y figure en annexe.

1ère partie: la première partie du rapport contient l'analyse des paramètres de prestations. Dans ses grandes lignes, elle est organisée en fonction des domaines de la prévoyance qui sont couverts par les assurances sociales: la prévoyance VSI (AVS/AI/PP), l'assurance-chômage, l'assurance-maladie et les autres branches des assurances sociales.

Dans le domaine de la prévoyance VSI, diverses variantes des paramètres de prestations définis par le Conseil fédéral sont décrites; ce à quoi vient s'ajouter l'exposé d'autres paramètres liés aux paramètres de prestations tirés du rapport sur les trois piliers. Les conséquences financières des variations des prestations sont ensuite mises en perspective.

Le chapitre sur l'assurance-chômage se fonde sur deux scénarios possibles (taux de chômage de 2,5% et de 3,5% en 2010) et le besoin de financement qu'ils impliqueront. En prenant pour variables les paramètres de prestations définis par le Conseil fédéral et d'autres paramètres encore, il propose un calcul du potentiel d'économie.

Le chapitre sur l'assurance-maladie expose les interdépendances entre les éléments du système qui influent sur l'évolution des coûts et propose une estimation du potentiel d'économie pour diverses mesures.

La présentation des paramètres est complétée par la définition de paramètres de prestations dans les branches des assurances sociales qui n'avaient pas été intégrées à l'analyse jusqu'ici et par une estimation des implications financières des changements considérés. En outre, la première partie comporte une description des interactions entre les assurances sociales; les perspectives financières – préoccupantes à court terme – de l'AVS, de l'AI et de l'AC sont aussi abordées.

2e partie: la deuxième partie du rapport est consacrée aux modules de prestations dans les domaines primordiaux. Huit modules de prestations traitent de la prévoyance VSI, trois de l'assurance-maladie et quatre de l'assurance-chômage. Ils mettent en évidence des pistes possibles de développement des branches des assurances sociales mises en avant par le Conseil fédéral dans le mandat confié au groupe IDA FiSo 2. Toutes les modifications de prestations signalées dans le cadre des modules de prestations sont suivies d'effets considérables sur le plan financier.

3e partie: dans la 3e partie du rapport, divers paquets de prestations correspondant aux scénarios « Augmentation », « Statu quo » et « Réduction » sont constitués en combinant les modules de prestations des trois domaines de la prévoyance VSI, de l'assurance-maladie et de l'assurance-chômage. L'impact financier de ces paquets de prestations s'inscrit dans le cadre de financement défini par le Conseil fédéral.

4e partie: la 4e partie du rapport présente un résumé des résultats des études empiriques et l'appréciation qu'en fait le groupe IDA FiSo 2. Les unités de recherche chargées de ces études sont parties d'hypothèses de travail différentes et sont arrivées en partie à des conclusions semblables, mais en partie aussi divergentes. IDA FiSo 2 a constaté, en comparant les résultats, mais surtout en analysant ce qui justifie les différences, que le tableau qui s'en dégage est différencié. Ce tableau est complété par des réflexions portant sur chacune des sources de financement et sur les conséquences qui s'ensuivent pour les finances publiques.

Le rapport final du groupe IDA FiSo 2 se clôt par un résumé.

La terminologie du groupe IDA FiSo 2

- *Scénarios de prestations* Les scénarios de prestations sont les objectifs fixés par le Conseil fédéral pour le système de prestations des assurances sociales en l'an 2010. Le Conseil fédéral a défini trois scénarios de prestations („statu quo“, „réduction ciblée“, „augmentation ciblée“) qui entraînent pour l'an 2010 des dépenses supplémentaires variant entre 4,0 et 8,0 pour cent de taxe sur la valeur ajoutée.
- *Paramètre de prestations* Un paramètre de prestations est un domaine de prestations fixé en règle générale par le Conseil fédéral pour lequel sont définies des mesures concrètes de réduction, de développement ou de transfert.
Exemple: dans le paramètre de prestations „Age de la retraite“, il est possible de définir comme mesure de réduction un relèvement de l'âge de la retraite, comme mesure de développement un abaissement de l'âge de la retraite et, comme mesure de transfert, une retraite à la carte.
- *Module de prestations* Un module de prestations est la combinaison de mesures touchant un ou plusieurs paramètres de prestations d'une branche des assurances sociales qui constitue une priorité thématique.
Exemple: dans l'AVS, les mesures „Adaptation à l'évolution des prix“ et „Ralentissement du rythme des adaptations“ peuvent être conjuguées pour former un module dans lequel la réduction est centrée sur l'adaptation des rentes.
- *Paquet de prestations* Un paquet de prestations est la combinaison de différents modules de prestations des diverses branches de l'assurance sociale au sein d'un scénario de prestations.
Exemple: le module de prestations AVS „Réduction mettant l'accent sur l'âge de la retraite“ peut, avec le module de prestations de l'assurance-chômage „pas de réduction“ et le module de prestations de l'assurance-maladie „fort ralentissement de l'augmentation des coûts“ former un paquet de prestations qui, par ses incidences financières, entre dans le cadre de financement du scénario de prestations „réduction ciblée“.

1ère partie: Paramètres de prestations examinés

La 1ère partie du rapport s'attache à présenter les paramètres de prestations. Il s'agit, d'une part, des paramètres que le Conseil fédéral a cités nommément dans le mandat confié au groupe IDA FiSo 2. Mais le Conseil fédéral avait précisé qu'il ne s'agissait pas d'une liste exhaustive, que d'autres branches des assurances sociales pouvaient être intégrées. Le mandat consistait aussi à élaborer des propositions de solutions dans la perspective d'harmoniser les branches des assurances sociales entre elles. Cette précision, mais aussi le fait que des assurances non citées dans le mandat présentent des paramètres dont la fonction est identique ou comparable à celle des branches citées, ont amené le groupe IDA FiSo 2 à englober dans ses réflexions la prévoyance professionnelle, l'assurance militaire et l'assurance-accidents.

Aucun paramètre n'a été formulé pour le régime des prestations complémentaires, celui des allocations pour perte de gain et l'assurance-maternité.

Pour ce qui touche aux *prestations complémentaires* en termes de paramètre, le groupe IDA FiSo 2 considère pour l'instant le débat clos, la 3e révision PC entrant en vigueur le 1er janvier 1998. Cette révision apporte une amélioration en particulier pour les bénéficiaires de PC résidant à domicile. Elle en apporte encore d'autres, moins conséquentes, pour d'autres bénéficiaires potentiels: il s'agit de l'abaissement à 10 ans du délai d'attente imposé aux ressortissants étrangers, de la nouvelle réglementation des coûts de maladie et de l'introduction d'un montant déductible pour les personnes qui habitent un logement dont elles sont propriétaires. Simplifier le système des PC et le rendre plus transparent sont les buts que cette révision poursuivait. Les coûts annuels induits par la 3e révision des PC se montent à environ 60 millions de francs.

Etant donné la situation financière et économique tendue, le Conseil fédéral a décidé de reporter sa décision relative à la révision du *régime des allocations pour perte de gain* jusqu'à parution du rapport du groupe IDA FiSo 2.

Le Département fédéral de l'intérieur a élaboré un projet de message relatif à une 6ème révision du régime des allocations pour perte de gain (APG), se fondant sur les grandes lignes de la politique gouvernementale 1991-1995 du Conseil fédéral. La 6e révision des APG devrait satisfaire des objectifs d'égalité des droits, de politique sociale et de la famille en attente depuis assez longtemps déjà. Pour l'essentiel, les propositions portent sur l'uniformisation – indépendante de l'état civil – du taux de l'indemnisation, porté à 60% du salaire assuré précédant la période de service, l'augmentation des indemnités versées aux recrues et l'introduction d'une allocation pour tâches éducatives. Ces modifications entraîneraient des dépenses supplémentaires se montant à 82 millions de francs par année.

Le groupe IDA FiSo estime inutile de discuter le paramètre de prestation de *l'assurance-maternité*, la décision d'introduire cette assurance n'étant pas encore prise.

Le message sur l'introduction de l'assurance-maternité (AMat) adopté le 25 juin 1997 par le Conseil fédéral comprend, d'une part, une assurance perte de gain de 80% pendant 14 semaines, plafonnée à 97'200 francs et, d'autre part, une prestation de base pour toutes les mères, qu'elles exercent ou non une activité lucrative. Cette prestation est liée au revenu. Elle se monte à 3980 francs pour un revenu familial annuel de

35'820 francs, puis elle diminue progressivement. La prestation de base n'est plus versée à partir d'un revenu familial annuel de 71'640 francs.

Le Conseil fédéral a renoncé à poursuivre l'idée qui consistait à prévoir à l'échelle nationale des prestations en cas de besoin pour une période de deux ans en faveur des parents de condition économique modeste. Ces prestations étaient aménagées selon un système comparable à celui des prestations complémentaires à l'AVS/AI.

Le total des coûts annuels de l'assurance-maternité est de 493 millions de francs, selon le message. Le financement de ce montant est assuré comme suit: la compensation de la perte de gain (435 millions de francs) est financée par des cotisations de 0,2% sur le revenu de l'activité lucrative; la prestation de base (soit 58 millions de francs, dont 35 millions pour les mères avec activité lucrative et 23 millions pour les mères sans activité lucrative) est financée par les ressources de la Confédération.

Par analogie au scénario de référence du rapport "Perspectives de financement des assurances sociales" (IDA FiSo, juin 1996), les données présentées ici se fondent sur un taux de croissance économique annuel moyen de 1,3%, qui résulte d'une croissance des salaires réels de 1% et d'une croissance moyenne du volume d'activité de 0,3%.

Concernant les données chiffrées, il convient en outre de garder à l'esprit que

- les chiffres se rapportent en général à l'an 2010, mais qu'ils sont exprimés aux prix actuels;
- vu l'hypothèse d'une croissance économique réelle de 1,3% par an et les effectifs de manière générale plus importants retenus comme base de travail, les données en francs sont plus élevées qu'aujourd'hui (la remarque est particulièrement importante dans les comparaisons avec des chiffres tirés des messages de révision actuels);
- le calendrier des projets de révision joue un rôle important (les effets de transition, qui ne prennent un contour concret qu'au moment où les dispositions sont connues, ne sont en général pas pris en compte, ou seulement au moyen de facteurs de correction globaux).

A Premier et deuxième pilier

Dans le domaine du 1er et du 2e pilier la discussion porte sur une série de paramètres de prestations. Quatre paramètres d'importance stratégique et financière décisive sont mis à l'avant-plan et traités en priorité:

- réglementation de l'âge de la retraite (A1);
- niveau et formule de calcul des rentes (A2);
- adaptation des rentes (A3);
- rentes de veuve et de veuf (A4).

Les autres paramètres de prestations seront abordés au chapitre A5.

Dans le 2e pilier, le système de la capitalisation fait que l'on finance aujourd'hui des prestations futures. C'est pour cette raison que le rapport IDA FiSo 1 considère que le besoin de financement concerne les cotisations (sans le produit de la fortune) et non pas les prestations. En application rigoureuse de ce principe, les économies et les dépenses supplémentaires du 2e pilier se rapporteront ci-après aux cotisations.

Il faut aussi se souvenir que les réflexions portant sur le 2e pilier se limitent strictement à la partie obligatoire de la prévoyance professionnelle. Si l'on prévoit un développement de la part obligatoire du 2e pilier, l'extension ne touche qu'une fraction du système global du 2e pilier, puisqu'une part des changements consiste simplement à faire passer certaines prestations du domaine euroobligatoire au domaine obligatoire. Aussi les conséquences financières effectives d'un développement global du 2e pilier sont-elles le plus souvent significativement moins importantes que ne le laissent supposer les chiffres du présent rapport.

A 1 Age de la retraite

Diverses voix s'élèvent aujourd'hui pour ouvrir le débat sur le moment de la naissance du droit aux prestations de vieillesse. Considérés en soi, la modification de la pyramide des âges et le souhait de maîtriser les coûts qu'elle implique plaident en faveur d'un relèvement de l'âge de la retraite. Toutefois, du fait de la situation actuelle sur le marché du travail, on observe que souvent une pression s'exerce dans le sens de la formule "place aux jeunes". La situation de l'entreprise et la situation professionnelle jouent ici un rôle central. Dans les milieux politiques, le débat est ouvert sur la question de la légitimité de la retraite anticipée comme instrument de maîtrise du chômage par la réduction de l'effectif de main-d'œuvre. Un grand nombre de facteurs influent sur le moment de la retraite: la motivation au travail et le statut professionnel (car bon nombre de travailleurs continueraient volontiers de travailler s'il s'agissait d'un "bon travail"), la situation personnelle (qui détermine elle aussi largement l'état d'esprit au moment du passage à la retraite), mais aussi l'attitude personnelle par rapport à l'âge, à l'état de santé, aux relations sociales et à la synchronisation avec le moment de la retraite du ou de la partenaire. Du point de vue de l'économie nationale, il faut enfin prendre en compte que le passage à la retraite s'accompagne du versement de prestations sociales en lieu et place du revenu d'activité, ce qui diminue à long terme le bien-être en Suisse. Le revenu du travail salarié représente la plus importante composante du revenu national, dont il constitue près du 70% (1995).

Le souhait de déterminer soi-même le moment du retrait de la vie active doit être pris au sérieux, vu que plus la décision aura été prise librement, plus le bouleversement des habitudes que représente la retraite sera vécu de manière positive. La notion de "retraite à la carte" prend de l'essor, mais elle doit être considérée en balance avec les besoins de l'entreprise, qui a un mot important à dire sur la question de l'âge de la retraite.

A 1.1 Age de la retraite pour le premier pilier

Le système actuel de la prévoyance vieillesse se fonde sur des *limites d'âge fixes*. L'âge de la retraite est de 65 pour les hommes et il sera progressivement relevé à 64 pour les femmes dans le cadre de la 10e révision de l'AVS.

Ce système de base est complété par une *flexibilisation* vers le haut et vers le bas. La retraite anticipée entraîne une réduction actuarielle de la rente de 6,8% par année d'anticipation, alors qu'en cas de report de la retraite, les calculs actuariels prévoient une prime de report. Il s'agit en l'occurrence de réductions et de primes au sens traditionnel du terme qui, abstraction faite d'une disposition transitoire en faveur des femmes, trouvent une *application générale*.

A 1.1.1 Changements possibles en maintenant le système de la réduction générale en cas de retraite anticipée

Dans l'hypothèse d'un maintien de ce système dans ses principes, deux changements sont envisageables:

- a) la modification des limites d'âge fixes;
 - b) la modification de la réduction en cas de retraite anticipée.
- a) Si l'on se base sur un âge de la retraite de 64 ans pour les femmes et de 65 ans pour les hommes, la *modification des limites d'âge fixes* entraîne les allégements ou coûts supplémentaires suivants dans l'AVS, l'AI et l'AC (les effets transitoires ne sont pas pris en compte).

<i>Nouveaux âges fixes de la retraite</i>	<i>Coûts supplémentaires (+) et économies (-), en millions de francs en 2010 (prix 1997)</i>			
	AVS	AI	AC	Total
66/66	- 2'290	+280	+ 560	- 1'450
65/65	- 620	+ 70	+ 130	- 420
64/64	+ 1'170	- 150	- 160	+ 860
63/63	+ 3'060	- 350	- 430	+ 2'280

Les chiffres se rapportent à l'an 2010 et aux effectifs des personnes qui auront alors de 63 à 66 ans. Si l'on compare les modifications des coûts de l'AVS avec les dépenses de l'AVS au titre des rentes dans le régime actuel (33 milliards de francs), les coûts de l'AVS augmentent d'environ 9% avec un âge de la retraite fixé à 63/63 ans. A cela s'ajoute qu'un abaissement de l'âge de la retraite est en contradiction avec l'évolution démographique. Un âge de la retraite fixé à 66/66 ans permet par contre de réaliser une économie de 7% en 2010, par rapport au régime actuel. Si l'on compare les modifications des coûts de l'AI avec ses dépenses selon le régime actuel (environ 6,6 milliards de francs), le coût des rentes recule d'environ 5,3% avec la formule 63/63, mais augmente d'un peu plus de 4% avec l'option 66/66.

L'analyse des répercussions financières d'une modification de l'âge de la retraite sur l'assurance-chômage est compliquée et le résultat dépend fortement de la situation sur le marché du travail à un moment donné et des hypothèses de travail retenues. Les chiffres utilisés ici reposent sur l'hypothèse d'un taux de renouvellement de 50% en cas d'abaissement de l'âge de la retraite, autrement dit, 50% des emplois qui se libèrent ainsi sont repourvus. On a en outre admis que les remplaçants proviennent pour deux tiers du réservoir des chômeurs et pour un tiers de celui des personnes en quête d'un emploi sans être inscrites auprès d'un office du travail (volant de manœuvre, personnes d'âge actif potentiellement mobilisables). Pour un relèvement de l'âge de la retraite, on a admis que le taux des nouvelles embauches est nettement inférieur à 50%, de sorte qu'un grand nombre de nouveaux chômeurs apparaît, même si un tiers des personnes concernées va gonfler le volant de manœuvre. Ces hypothèses sont tirées d'une étude de bureau BASS. Dans le cas d'un marché du travail caractérisé par une pénurie de main-d'œuvre, les effets décrits seraient fortement réduits.

Si l'on compare les incidences globales de la modification des limites d'âge fixes avec les dépenses de l'AVS/AI pour financer les rentes (environ 39,6 milliards de francs), les coûts varient de +5,8% (63/63) et de -3,7% (66/66), selon la formule retenue.

Pour les économies fondées sur le relèvement de l'âge de la retraite, il faut veiller tout particulièrement aux dispositions transitoires. Comme le montre avec beaucoup de clarté la 10e révision de l'AVS entrée en vigueur en 1997, tout relèvement de l'âge de la retraite n'est applicable qu'avec des dispositions transitoires s'établant sur la durée: le passage à 64 ans jusqu'en 2009 pour les femmes est accompagné d'une possibilité de retraite anticipée à des conditions préférentielles (réduction de 3,4 au lieu de 6,8% par année).

- b) Dans un système d'âge fixe de la retraite, on peut promouvoir la retraite anticipée en proposant un *abaissement général du taux de réduction en cas de retraite anticipée*. Dans ce cas, il faut s'attendre à une augmentation des coûts à deux titres: d'une part, la retraite anticipée est plus chère en soi et, d'autre part, le taux de retraites anticipées devrait aussi s'accroître. Il s'ensuit que la retraite anticipée devrait être subordonnée à certaines conditions, dont la plus importante serait l'abandon d'une activité lucrative. Cette condition s'impose sous peine de voir se multiplier les cas où la rente est versée avant que ne soit abandonnée l'activité professionnelle, cela à la charge de l'AVS. La formule concrète (revenu toléré,

contrôle) devrait être définie plus précisément et l'exécution serait quelque peu compliquée par rapport à la pratique actuelle.

D'autre part – pour autant que la situation sur le marché du travail le permette (pénurie de main-d'œuvre) – il serait aussi possible d'opter pour la solution inverse, à savoir un relèvement de l'âge moyen de la retraite par des réductions élevées pour la retraite anticipée et surtout des primes alléchantes pour le report de la retraite.

La modification des limites d'âge fixes et la réduction en cas de retraite anticipée sont des mesures qui peuvent être couplées. Ainsi, les effets d'un relèvement de l'âge de la retraite peuvent par exemple être atténués voire compensés par un assouplissement du système.

A 1.1.2 Variante réduction nulle ou faible pour certains groupes de personnes en cas de retraite anticipée

Un relèvement de l'âge de la retraite (p. ex. uniformisation à 65 ans pour hommes et femmes) peut aussi être compensé par l'application de critères spéciaux prévoyant, pour certaines catégories de personnes, une réduction minime ou pas de réduction du tout en cas de retraite anticipée. Pour la majorité des assurés, le principe de la réduction actuarielle en cas de retraite anticipée sera certes conservé, mais les personnes de certains groupes jouiront d'un traitement privilégié pour peu qu'elles abandonnent leur activité professionnelle. Diverses possibilités sont envisageables pour la définition de ces groupes. Sur la base du constat qu'une réduction de la rente AVS de 6,8% par année d'anticipation est simplement hors de question pour certaines catégories de revenu et que la retraite anticipée leur est de ce fait quasiment inaccessible pour des raisons financières, il serait possible de considérer la question d'une formule de retraite prévoyant des conditions favorables pour les personnes disposant d'un revenu modeste. D'autres critères devraient en outre être examinés, comme une longue durée de cotisation, par exemple.

Les coûts supplémentaires qu'implique cette possibilité seront fonction des conditions posées. Il convient donc de voir si cette variante peut être appliquée sans incidence sur les coûts avec un âge de la retraite uniformisé à 65 ans. Si les coûts supplémentaires totaux sont de l'ordre de 500 à 800 millions de francs, il ne fait pas de doute que des solutions viables peuvent être trouvées, mais les problèmes que cela pose du point de vue de l'exécution ne doivent pas pour autant être oubliés.

A 1.1.3 Variante rente de retraite: âge de la retraite variable dans une fourchette

La rente de retraite représente une solution fondée sur un principe différent. Dans ce modèle, on renonce à fixer l'âge de la retraite et l'on définit une fourchette d'âge durant laquelle la rente peut être touchée sans réduction ni augmentation dès que la personne abandonne son activité professionnelle. Ce n'est qu'une fois dépassée la borne supérieure que tombe la condition de l'abandon de l'activité lucrative. On trouve des formes de rente de retraite dans le domaine surobligatoire de la prévoyance professionnelle et à l'étranger. Le droit à la rente est dans ces cas souvent lié à d'autres conditions, en par-

ticulier à une longue durée minimale de cotisation. Le surcoût d'un modèle de retraite de ce type pour l'AVS dépend de la fourchette d'âge dans laquelle il est possible de prendre sa retraite (p. ex. 62/65, 62/66 ou 62/67), du taux d'exercice de leur droit par les actifs et des autres conditions appliquées. Dans l'hypothèse d'un recours progressif à la possibilité de retraite dans les fourchettes définies (30% à 62 ans et 100% à l'âge maximal pour les hommes, 75% à 62 ans et 100% à l'âge maximal pour les femmes), les coûts supplémentaires pour l'AVS sont estimés à un montant qui va de 2'485 millions (fourchette 62/67) à 2'930 millions de francs (fourchette 62/65). Imposer des conditions supplémentaires en sus de l'obligation d'abandonner l'activité professionnelle (p. ex. une longue durée minimale de cotisation) conduit à un abaissement du taux d'exercice de leur droit par les personnes concernées, d'où une réduction variable selon l'hypothèse retenue.

A 1.2 Age de la retraite pour le deuxième pilier

Selon le droit actuellement applicable à la partie obligatoire du 2e pilier, une retraite anticipée conduit à une réduction actuarielle de la rente de vieillesse. Cette réduction se traduit par un capital d'épargne moins important (avoir de vieillesse) au moment de la retraite et par un taux de conversion inférieur (tenant compte de l'augmentation de la durée moyenne de versement des rentes).

Une variante sans réduction actuarielle n'est guère concevable dans le domaine obligatoire du 2e pilier, qui se fonde sur le principe d'équivalence individuelle. Pas plus d'ailleurs qu'une variante prévoyant une réduction socialement acceptable en cas de retraite anticipée ou qu'une variante rente de retraite sans réduction de la rente dans une fourchette donnée. Question retraite anticipée, le domaine surobligatoire présente de meilleures possibilités pour les assurés, que ce soit par le biais de solutions générales, de solutions réservées à certaines catégories de personnes ou dans des situations spéciales dans lesquelles la mise à la retraite anticipée sert les intérêts de l'entreprise.

Les changements dans le domaine obligatoire (domaine sur lequel la Confédération peut influer) doivent par conséquent se limiter à assurer la coordination avec le 1er pilier. L'âge fixe de la retraite doit correspondre à celui de l'AVS (alors que, pour les femmes, il est aujourd'hui de 2 ans inférieur à celui prévu par la 10e révision de l'AVS: 62 contre 64 ans). Les caisses de pension doivent être tenues d'offrir des possibilités de retraite anticipée, à tout le moins pour la tranche d'âge dans laquelle une retraite anticipée est possible dans le système de l'AVS.

Modification de l'âge fixe de la retraite

Un relèvement de l'âge fixe de la retraite pour les femmes s'impose si l'âge général de la retraite AVS est fixé à 65 ans (passage de 62 à 65 ans). Avec cette mesure de coordination par rapport à l'AVS, les économies sont limitées à 185 millions de francs. De 34,5%, l'objectif actuel des prestations pour les femmes est relevé à 36% du dernier salaire coordonné. par la poursuite du processus d'économies jusqu'à l'âge de 65 ans, et tous les droits à la rente en cas d'invalidité et de décès sont augmentés en conséquence.

Seul un relèvement de l'âge de la retraite touchant aussi les hommes permettrait de diminuer notablement les coûts pour autant que l'on ne touche pas à l'objectif de prestations de 36% du dernier salaire coordonné. Le relèvement à 66 ans pour les femmes et les hommes permettrait par exemple une réduction des coûts de l'ordre 915 millions de francs dans le domaine de l'assurance-vieillesse. Il convient cependant de ne pas oublier que, dans ce cas de figure, les coûts supplémentaires dans le domaine de la prévoyance professionnelle découlant de la montée des coûts de couverture du risque d'invalidité se chiffraient à quelque 120 millions de francs, ce qui donnerait un solde net d'économie avoisinant les 800 millions de francs. A l'inverse, on constate qu'un abaissement de l'âge de la retraite chez les hommes couplé à un maintien du niveau des prestations induit des coûts supplémentaires.

Si l'on part d'un objectif de prestations de 36% du dernier salaire coordonné LPP (conformément à l'objectif de prestations fixé pour les hommes avec la limite d'âge de 65 ans selon la LPP en vigueur), on peut présenter une synthèse du coût de l'adaptation de l'âge imposé de la retraite (assurance-vieillesse et couverture du risque d'invalidité du 2e pilier) sous la forme du tableau ci-après. La base de comparaison est un âge de la retraite fixé à 62 ans pour les femmes et à 65 ans pour les hommes avec les objectifs de prestations actuels de la LPP.

Age de la retraite	Coûts supplémentaires (+) et baisse des coûts (—) en millions de francs (sans tenir compte de l'effet des retraites anticipées)
66/66	- 800
65/65	- 185
64/64	+510
63/63	+1'410

Ce qui, en comparaison avec les quelque 15 milliards de cotisations du domaine obligatoire du 2e pilier, représente une augmentation de 9,4% pour la formule 63/63 et un allégement des coûts de 5,3% pour la formule 66/66.

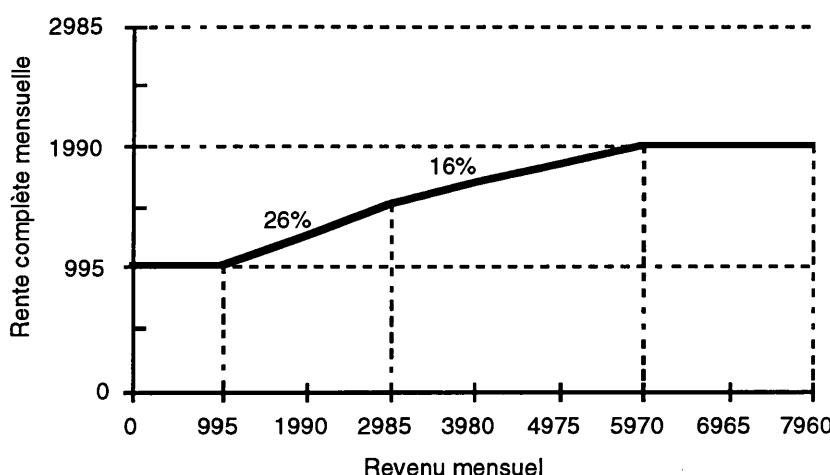
A 2 Niveau et formule de calcul des rentes

Le niveau des rentes est déterminé sur la base de l'objectif de prestations, qui, 1er et 2e pilier pris ensemble, comprend la couverture des besoins vitaux et le maintien du niveau de vie habituel. Cette dernière notion surtout n'étant pas toujours interprétée de la même manière, il est légitime d'ouvrir le débat sur le niveau des prestations en général et sur celles des revenus modestes et élevés en particulier. On peut concevoir des corrections aussi bien pour le 1er que pour le 2e pilier.

A 2.1 Formule de calcul des rentes du 1er pilier, rapport rente minimale / rente maximale

Le rapport rente minimale/rente maximale dans l'AVS/AI est de 1:2 depuis 1969 (7e révision de l'AVS). Depuis 1972, l'article 34quater, 2e alinéa, 4e phrase, de la constitution dispose que "la rente maximale ne doit être supérieure au double de la rente minimale".

La formule de calcul des rentes actuellement en vigueur est représentée graphiquement ci-dessous, les chiffres retenus se rapportant à l'année 1997. En 2010, année de référence de nos calculs, il faut compter avec des montants légèrement plus élevés en termes réels tant que l'adaptation des rentes se fait sur la base de l'indice mixte.



Cela signifie que:

- le rapport entre la rente minimale et la rente maximale est de 1:2;
- le rapport entre le revenu minimal et le revenu donnant droit à la rente maximale est de 1:6;
- les revenus mensuels situés entre 995 et 5'970 sont formateurs de rente: les revenus mensuels inférieurs à 2'985 francs à hauteur de 26% et les revenus supérieurs à hauteur de 16%.

Théoriquement, il est possible de modifier le rapport rente minimale/rente maximale et la formule de calcul des rentes dans toutes les directions. La définition du cadre présenté ci-après permet de limiter les changements possibles.

Il convient de conserver la disposition constitutionnelle qui prévoit que la rente maximale ne doit pas être supérieure au double de la rente minimale. Le principe de la solidarité des hauts revenus envers les revenus modestes au sein de l'AVS doit par conséquent éventuellement être développé, mais en aucun cas abandonné.

Conformément aux conclusions du rapport sur les trois piliers, la solution de recharge d'une rente unique n'entre pas en ligne de compte. La question de la rente unique avait fait l'objet d'un débat complet et approfondi à l'occasion de la 10e révision de l'AVS et

avait été rejetée au profit de la formule des rentes actuelles. Au demeurant, une rente unique serait en contradiction avec la règle de conduite donnée par le Conseil fédéral au groupe IDA FiSo concernant le respect du principe de l'assurance au niveau fédéral.

Cela posé, les possibilités de modification sont les suivantes:

- relèvement de la rente minimale;
- abaissement de la rente maximale;
- relèvement de la rente minimale et abaissement de la rente maximale;
- relèvement du point d'inflexion de la formule de calcul des rentes;
- relèvement du revenu-limite pour la rente maximale.

A 2.1.1 Variante relèvement de la rente minimale

Une première possibilité consiste à relever la rente minimale sans toucher à la rente maximale. Cette variante permet de mieux assurer la couverture des besoins vitaux dans le premier pilier et de décharger les PC. Une déduction de coordination inchangée pour la partie obligatoire du 2e pilier donne lieu à un relèvement du taux de remplacement, qui, fixé à 60%, n'est plus suffisant aujourd'hui pour les faibles revenus. Dans l'hypothèse d'un relèvement de la rente minimale de 20% de la rente minimale et d'une modification du revenu-limite inférieur, les coûts supplémentaires se chiffrent à 460 millions de francs pour l'AVS (1,4% des dépenses liées aux rentes) et à 60 millions de francs pour l'AI (0,9% des dépenses liées aux rentes).

A 2.1.2 Variante abaissement de la rente maximale

Une autre possibilité consiste à réduire la rente maximale sans modifier la rente minimale. Cette mesure implique à la fois une économie pour l'AVS et une augmentation des charges pour les PC, puisque les assurés de la zone des rentes supérieures tendraient davantage à recourir aux PC.

Une réduction de la rente maximale de 10% sans modification du revenu-limite allège les comptes de l'AVS de 2'300 millions de francs (environ 7% des dépenses liées aux rentes) et ceux de l'AI de 270 millions de francs (environ 4% des dépenses liées aux rentes).

A 2.1.3 Variante relèvement de la rente minimale et abaissement de la rente maximale

La troisième option consiste à relever la rente minimale tout en abaissant la rente maximale. Cette variante est celle qui se rapproche le plus de la rente unique. Elle peut aussi bien décharger que grever les PC selon la façon dont elle conçue.

Une augmentation d'un tiers de la rente minimale réalisée de front avec une réduction de 5,7% de la rente maximale n'a pas d'incidence sur les comptes de l'AVS et de l'AI prises globalement.

A 2.1.4 Variante relèvement du point d'inflexion de la formule de calcul des rentes

Il existe d'autres possibilités de changement qui ne modifient pas le rapport entre la rente maximale et la rente minimale. Sur recommandation de la Commission consultative, les effets d'un relèvement du point d'inflexion de la formule de calcul des rentes sont aussi examinés. Si l'on fait glisser le point d'inflexion d'un sixième vers le haut, les rentes au-dessus de l'ancien point d'inflexion et au-dessous de la rente maximale seront relevées. Une telle solution représente 120 millions de coûts supplémentaires pour l'AVS (0,4% des dépenses liées aux rentes) et 50 millions pour l'AI (0,75% des dépenses liées aux rentes).

A 2.1.5 Variante relèvement du revenu-limite pour la rente maximale

Enfin, une autre possibilité consiste à maintenir le rapport entre la rente minimale et la rente maximale tout en fixant un revenu-limite supérieur pour la rente maximale. Si le rapport entre le revenu minimal et le revenu donnant droit à la rente maximale est par exemple de 1:7, les revenus mensuels de la zone supérieure génèrent une rente moins importante que dans le système actuel. Ce type de solution permet d'abaisser les coûts de l'AVS de 230 millions de francs (0,7% des dépenses liées aux rentes) et ceux de l'AI de 120 millions de francs (1,8% des dépenses liées aux rentes).

A 2.2 Le plafond appliqué aux couples dans le régime du premier pilier

Depuis son institution en 1948, l'AVS connaît le plafonnement de la rente de couple: jusqu'en 1972, le plafond était fixé à 160% de la rente simple correspondante, avant de passer à 150% de la rente simple correspondante à partir de 1973, puis de la rente maximale correspondante à partir de 1997.

Il existe des arguments pour et contre le plafonnement. Pour: un ménage de deux personnes n'a pas besoin de disposer de deux fois plus de moyens financiers qu'un ménage d'une seule personne. Contre: à côté du mariage, il existe d'autres formes de vie à deux auxquelles le plafonnement n'est pas appliqué. Le plafonnement dépend donc uniquement de l'état civil, ce qui est en contradiction avec la philosophie du nouveau système des rentes et peut donner lieu à des discriminations indirectes.

Un relèvement du plafond serait certes un pas dans la bonne direction, mais une composante dépendante de l'état civil serait ainsi conservée, une sorte de corps étranger dans un système de rentes qui se veut le plus détaché possible de l'état civil.

Le relèvement du plafond de 150 à 160% et à 170% induit une charge supplémentaire de respectivement 650 et 1'100 millions de francs pour l'AVS, et de 22 et 37 millions de francs pour l'AI.

AVS et AI confondues, une suppression pure et simple du plafonnement des rentes de couple impliquerait une charge financière supplémentaire de 1,7 milliard de francs.

A 2.3**Le taux de conversion du deuxième pilier: faire face à la progression de l'espérance de vie**

Aux termes de l'article 14, 1er alinéa, LPP, la rente de vieillesse est calculée en pour-cent de l'avoir de vieillesse (taux de conversion) acquis par l'assuré au moment où celui-ci atteint l'âge ouvrant le droit à la rente. Indépendamment du sexe et de l'état civil, le taux de conversion minimal est actuellement de 7,2% et se rapporte à un âge de 65 ans pour les hommes et de 62 ans pour les femmes. Avec un capital de 100'000 francs au moment de la retraite, on peut compter sur une rente de vieillesse annuelle de l'ordre de 7'200 francs.

Vu la progression continue de l'espérance de vie, il sera un jour nécessaire d'abaisser le taux de conversion. Une augmentation du produit des intérêts permet certes de repousser cette date, mais les excédents des intérêts ne pourraient dans ce cas plus être utilisés à d'autres fins, comme c'est le cas aujourd'hui, par exemple pour l'adaptation des rentes de vieillesse au renchérissement. Si elle n'est pas compensée par d'autres mesures (relèvement des cotisations ou des bonifications de vieillesse), une réduction du taux de conversion entraîne une baisse du niveau des rentes. Cette compensation peut être réalisée par une extension générale de la fourchette du salaire assuré (abaissement de la déduction de coordination) ou un relèvement des taux des bonifications de vieillesse. Dans l'hypothèse d'une baisse du taux de conversion de 7,2 à 6,65 pour cent (une valeur qui devrait être adéquate du point de vue actuariel à partir de 2010), il faudrait par exemple disposer d'un capital de 108'270 francs (au lieu des 100'000 francs actuels) pour s'assurer une rente annuelle de 7'200 francs. Autrement dit, les dépenses pour la prévoyance vieillesse dans le cadre du domaine obligatoire du 2e pilier devraient être augmentées d'environ 8,3%, ce qui représente 1,1 milliard de francs de cotisations supplémentaires en 2010.

A 2.4**Extension du deuxième pilier pour les revenus modestes****A 2.4.1****Abaissement de la déduction de coordination**

Les travailleurs dont le revenu annuel est inférieur ou égal à la déduction de coordination (1997: 23'880 francs) ne sont pas soumis à la LPP. Ce qui fait que les personnes disposant d'un revenu modeste ne bénéficient souvent pas d'une protection de prévoyance dans le cadre du 2e pilier. De plus, comme on l'a déjà souligné, on part de l'idée que l'objectif des prestations, qui est de maintenir de façon appropriée le niveau de vie antérieur, ne peut être réalisé pour les revenus modestes que si les prestations du 1er et du 2e pilier prises ensemble représentent au moins 80% du dernier revenu. Cette amélioration des prestations peut être réalisée en abaissant la déduction de coordination pour faciliter l'accès à la prévoyance obligatoire minimale. Ainsi, un plus grand nombre d'actifs ont accès au 2e pilier et le salaire coordonné, sur la base duquel est déterminé le niveau des prestations, est augmenté spécifiquement pour les assurés des classes de revenus modestes.

Le seuil d'accès à la prévoyance professionnelle obligatoire pourrait être abaissé aux 2/3 de la rente AVS maximale (1997: 15'920 francs). La déduction de coordination serait alors fixée à un niveau inférieur au niveau actuel pour les revenus faibles et moyens, tandis qu'elle demeurerait inchangée pour les revenus supérieurs (par exemple à partir

de 54'000 francs). Un tel élargissement du 2e pilier pour les revenus modestes entraînerait une charge supplémentaire d'environ 600 millions de francs en 2010, sans pour autant complètement satisfaire à l'exigence d'un taux de remplacement de 80% pour l'ensemble des prestations. Pour atteindre cet objectif, il faudrait encore davantage abaisser le seuil (par exemple au niveau de la rente AVS minimale de 11'940 francs); les coûts supplémentaires liés à l'extension de la partie obligatoire se monteraient alors à environ 950 millions de francs. A ces coûts supplémentaires répondent par contre des économies dans le régime des prestations complémentaires, puisqu'il faut compter à terme sur une certaine diminution du nombre de bénéficiaires de PC parmi les personnes à faibles et moyens revenus.

A 2.4.2 Déduction de coordination du deuxième pilier variant en fonction du taux d'occupation

Les personnes qui ne disposent pas de garantie de prévoyance au titre du 2e pilier sont le plus souvent des personnes employées à temps partiel (surtout des femmes) ou travaillant pour un ou plusieurs employeurs. Il convient donc d'examiner s'il faut tenir compte du taux d'occupation pour l'assurance des employés à temps partiel, ce qui pourrait se faire en fixant la déduction de coordination en fonction du taux d'occupation. Couplée avec celle du point A 2.4.1 (abaissement de la déduction de coordination), cette mesure représenterait une charge supplémentaire de 300 millions de francs, soit un total de 900 millions de francs.

A 2.5 Variante élargissement général du deuxième pilier par le biais d'un abaissement général de la déduction de coordination

Cette variante a pour but d'apporter une solution globale aux aspects partiels abordés aux chiffres A 2.3 et A 2.4. Elle consiste en un abaissement d'un tiers de la déduction de coordination, de sorte à donner de manière générale un capital vieillesse plus élevé au moment de la retraite et à permettre un abaissement du taux de conversion. Parallèlement, le taux des bonifications des travailleurs âgés pourrait être abaissé de 18% à 15%, ce qui pourrait améliorer leur situation sur le marché du travail.

La passage du régime actuel (déduction de coordination = rente AVS maximale, taux des bonifications de vieillesse de 7%/10%/15%/18%, pas de prise en compte du taux d'occupation, âge de la retraite 62/65 ans) à un nouveau régime (déduction de coordination = 2/3 de la rente AVS maximale, taux des bonifications de vieillesse de 7%/10%/15%/15%, déduction de coordination proportionnelle au taux d'occupation, âge de la retraite 64/65 ans) représente 2'750 millions de francs de coûts supplémentaires pour 2010. Le passage à des taux de cotisation indépendants de l'âge pourrait aussi être étudié.

A 2.6 Variante suppression de la déduction de coordination

Dans cette variante examinée sur proposition de la Commission consultative, le salaire assuré du domaine obligatoire du 2e pilier serait le même que pour l'AVS, ce qui élargirait massivement le cercle des assurés. A la simplification administrative liée à l'aban-

don de la déduction de coordination ferait écho une augmentation des dépenses due à l'accroissement du nombre d'assurés et des mutations. Même en abaissant les taux des bonifications de vieillesse, les cas de surassurance ne pourraient pas toujours être évités, avec pour conséquence une augmentation plus marquée des coûts.

A 2.7 Restriction du deuxième pilier dans le domaine des revenus supérieurs

Un abaissement de la limite supérieure du revenu formateur de la rente du 2e pilier a été incorporé à la réflexion par la Commission consultative. Cette variante entraîne une économie dans le domaine obligatoire du 2e pilier. Une réduction de 6% de cette limite (1997: 71'640 francs) abaisserait de 10% le gain assuré maximal du domaine obligatoire du 2e pilier (1997: 47'760 francs) et représenterait un allégement d'environ 1'000 millions de francs.

A 3 Adaptation des rentes

Les rentes vieillesse, survivants et invalidité doivent offrir une certaine sécurité à leurs bénéficiaires. Cet objectif ne peut être respecté que si l'adaptation des rentes est suffisante et si les modes d'adaptation choisis peuvent être financés.

Lorsque l'on parle d'adaptation des rentes, on pense à l'indexation des rentes en cours et l'on accepte le niveau des nouvelles rentes comme donné (point de référence = moment du début de la rente). Si cette approche est tout à fait justifiée pour le 2e pilier, tel n'est pas le cas pour le 1er pilier. Le système des rentes de l'AVS/AI est largement déterminé par deux montants directeurs, à savoir la rente simple maximale (actuellement 1990 francs) et la rente simple minimale (actuellement 995 francs). Ces montants sont les mêmes pour les nouvelles rentes et les rentes courantes de longue date et sont régulés par les mécanismes d'adaptation.

A 3.1 Fixation et adaptation des rentes du premier pilier

En principe, cinq méthodes différentes d'adaptation des rentes sont possibles:

<i>Méthodes d'adaptation</i>	<i>Nouvelles rentes</i>	<i>Anciennes rentes</i>
Dynamisation totale	S	S
Dynamisation partielle	S	P
Indice mixte	$1/2 S + 1/2 P$	$1/2 S + 1/2 P$
Dynamique en pour-cent ²	$aS + (1-a)P$	$aS + (1-a)P$
Indexation pure	P	P

S = adaptation à l'évolution des salaires

P = adaptation à l'évolution des prix

² Dynamique en pour-cent: la proportion entre indice des prix et indice des salaires, qui est actuellement de 50:50 pour l'indice mixte, n'est pas fixée en l'occurrence. Aux termes de l'article 33ter, 3e alinéa, LAVS, le Conseil fédéral peut demander la modification du rapport entre les deux valeurs des indices en fonction de la situation financière de l'assurance.

Les rentes AVS sont en principe adaptées tous les deux ans par le biais de l'indice des rentes (indice mixte entre l'évolution des prix et des salaires). Le but est de maintenir le pouvoir d'achat et la participation partielle aux gains de productivité. Les anciennes et les nouvelles rentes sont traitées sur un pied d'égalité, contrairement à la dynamique partielle, pour laquelle les nouvelles rentes sont fixées sur la base de l'indice des salaires, pour être ensuite adaptées sur la base de l'indice des prix.

L'avantage de l'indice mixte par rapport à la dynamique partielle réside en ce que l'on évite un traitement différencié des anciennes et des nouvelles rentes, pratique qui conduirait à un compartimentage des rentes. Avec ce système, chaque année donne lieu à une volée de bénéficiaires dont les rentes sont calculées sur la base d'un indice qui leur est propre. Tout le système des rentes perd en transparence et devient plus difficile à mettre en œuvre et à gérer qu'un système proposant une approche unique pour les nouvelles rentes et les rentes courantes.

L'indice mixte recèle toutefois un inconvénient, à savoir que plus on s'éloigne du moment de la mise en œuvre de cette méthode, plus la nouvelle rente est modeste par rapport au revenu. Cela signifie que le taux de remplacement (rapport entre la nouvelle rente et le revenu auquel elle se substitue) baisse et que les nouveaux bénéficiaires de l'année suivante recevront une rente un peu moins élevée pour leurs cotisations. Le processus prend la forme d'une "dégression à froid" qui, vu l'évolution démographique à venir et la progression de l'espérance de vie, constitue toutefois une épargne financière bienvenue pour l'AVS.

Un relèvement différencié entre les rentes courantes et les nouvelles rentes AVS conduirait à une insécurité. Il compliquerait l'exécution du fait de l'abandon des points fixes disponibles jusqu'ici (rentes minimale et maximale). Cet argument plaide en faveur du maintien de l'égalité de traitement pour les anciennes et les nouvelles rentes.

Les changements devraient par conséquent se concentrer avant tout sur le choix de l'indice des rentes et du rythme d'adaptation.

A 3.1.1 Modification de l'indice

Une première possibilité consiste à adapter les rentes à l'évolution des salaires (dynamisation totale). En admettant une croissance des salaires réels de 1%, cette solution génère une adaptation annuelle de 0,5% plus élevée que l'indice mixte, ce qui entraîne une charge supérieure pour l'AVS. Après 6 ans d'adaptation (de 2004, point de départ par hypothèse, à 2010), cela représente une augmentation de 3% sur le montant total des rentes, soit environ 1'200 millions de francs avec un montant de 39,6 milliards de francs en 2010 (AVS et AI).

Une autre possibilité consiste à adapter les rentes à l'évolution des prix. Sur la base des mêmes hypothèses, l'économie après 6 ans est de 3% sur le montant total des rentes, soit aussi environ 1'200 millions sur un montant de 39,6 milliards de francs.

A court terme, les économies et les charges supplémentaires sont relativement limitées, mais elles augmentent continuellement au fil du temps. Les conséquences sont par ailleurs très largement tributaires de l'évolution des salaires réels.

On peut envisager d'autres modifications de l'indice:

- une compensation périodique supplémentaire à l'adaptation des rentes pour éviter une baisse continue du taux de remplacement;
- un nouvel indice de rente prenant d'autres éléments en compte (évolution du montant total des rentes, progression de l'espérance de vie). L'adaptation dépend ainsi davantage de l'évolution financière de l'AVS/AI et de l'évolution économique et démographique et vise en fin de compte un lien plus étroit entre le niveau des prestations et celui des cotisations. On peut observer cette tendance dans plusieurs pays européens (Italie, Suède). Le revers de la médaille est toutefois évident: la question des moyens financiers disponibles occupe le devant de la scène au détriment des prestations elles-mêmes, ce qui met en péril les objectifs fixés par la constitution (au minimum adaptation à l'évolution des prix).

A 3.1.2 Changement du rythme d'adaptation des rentes

En espaçant la périodicité de l'adaptation des rentes (en passant par exemple d'une adaptation généralement bisannuelle à une adaptation triennale), les années ne donnant pas lieu à adaptation permettent d'économiser de l'argent. En différant encore l'adaptation d'un semestre en moyenne, on obtient une économie supplémentaire de 800 millions de francs par année dans l'hypothèse d'une croissance annuelle de 4% de l'indice des rentes ($4\% \times 1/2 \times 39,6$ milliards). Avec une croissance de 2% de l'indice des rentes, l'économie annuelle avoisine les 400 millions de francs en moyenne.

On pourrait aussi prévoir, à titre de variante, que l'adaptation ne se fasse que lorsque le renchérissement atteint un seuil de 4% depuis le dernier relèvement des rentes.

Une accélération de la périodicité des adaptations d'un semestre en moyenne par rapport au rythme bisannuel observé actuellement entraîne un alourdissement de la charge financière de 800 millions de francs avec un indice mixte à 4% et de 400 millions avec un indice mixte à 2%. Les variations de la périodicité des adaptations ont un effet immédiat, mais, contrairement aux modifications opérées sur l'indice lui-même, n'ont pas d'effet cumulé.

La modification de l'indice peut être combinée avec celle du rythme des adaptations des rentes. L'économie potentielle obtenue grâce à la combinaison des mesures prévues aux points 3.1.1 (adaptation sur la base de l'évolution des prix) et 3.1.2 (adaptation en principe tous les trois ans) est de l'ordre de 1'500 à 1'800 millions de francs (vu que les deux corrections sont interdépendantes, on ne peut simplement additionner les chiffres).

A 3.2 Compensation du renchérissement pour les rentes de vieillesse du deuxième pilier

Pour les rentes de survivants et d'invalides jusqu'à l'âge de la retraite (62 et 65 ans), l'adaptation à l'évolution des prix est obligatoire. Par contre, l'adaptation de la rente de risque et surtout la compensation du renchérissement pour les rentes de vieillesse ne

sont pas prévues de manière contraignante par la loi, mais se limitent aux possibilités financières des institutions de prévoyance.

Un grand nombre de caisses de pension appliquent une compensation partielle, voire intégrale du renchérissement. Il ressort nettement des statistiques des caisses de pension de ces dernières années que la tendance est à la compensation du renchérissement.

Deux variantes sont concevables dans le cadre d'une extension:

- a) Compensation partielle du renchérissement. Dans ce système, il ne s'agit pas de compenser un pourcentage fixé d'avance du renchérissement observé, mais plutôt de compenser, pour chaque caisse, l'adaptation du renchérissement au mieux de ses possibilités. Les moyens financiers à mettre en œuvre seraient prescrits par la loi. Le principe est que chaque institution de prévoyance serait tenue d'exécuter la compensation partielle par elle-même. Dans les cas graves, par exemple lorsqu'une institution de prévoyance n'a plus d'assurés actifs, il convient de prévoir le versement d'une contribution de financement par le fonds de garantie.
- b) Compensation intégrale du renchérissement. Etant donné que cette variante ne tient pas compte de la structure des différentes institutions de prévoyance, elle appelle impérativement le recours à une compensation nationale par le truchement d'un pool. Ce genre de pool est toutefois en contradiction avec la structure décentralisée du 2e pilier et nécessite une importante dépense administrative supplémentaire.

En cas de compensation partielle du renchérissement, il faut compter avec une augmentation des dépenses de l'ordre de 1,1 milliard de francs en 2010 (environ 7% des dépenses globales du domaine obligatoire du 2e pilier selon le régime en vigueur); en cas de compensation intégrale, les dépenses supplémentaires seraient d'environ 1,4 milliard de francs (près de 9%).

A 4 Rente de veuve et de veuf

Les veuves et les veufs ne sont aujourd'hui égaux ni devant le 1er ni devant le 2e pilier. Alors que pour les veufs la barre concernant les conditions ouvrant le droit à la rente est placée plus haut dans le 1er pilier, la rente de veuf dans le domaine obligatoire du 2e pilier n'est pas encore réalité.

A 4.1 La rente de veuve et la rente de veuf dans le premier pilier

Dans le système en vigueur, les conditions donnant droit aux prestations diffèrent entre les veuves et les veufs concernant la rente de survivant. Cette différence s'explique par la genèse de l'AVS: lors de l'institution de l'AVS en 1948, l'idée motrice de la création d'une rente de veuve résidait dans l'intention de pallier la défaillance du soutien de famille; on était alors guidés par l'idée de ce que l'on pouvait raisonnablement exiger en matière de reprise d'activité pour fixer les conditions ouvrant le droit aux prestations. Ce n'est qu'au 1er janvier 1997, avec l'entrée en vigueur de la 10e révision de l'AVS, que la rente de veuf a été introduite, mais pas aux mêmes conditions que la rente de veuve. Eu égard à la persistance de différences notables entre hommes et femmes dans le rapport

au travail et dans les possibilités professionnelles, l'inégalité de traitement a encore été considérée comme défendable. La mise au diapason des conditions donnant droit aux prestations ont toutefois été définies comme un postulat à réaliser à moyen terme, soit à l'occasion de la 11e révision de l'AVS.

Les conditions donnant droit à une rente de veuve sont réalisées si la veuve a des enfants (pas de limite d'âge) ou si la veuve sans enfant avait au moins 45 ans au moment du décès du mari et qu'ils étaient mariés depuis cinq ans. Sous réserve d'un remariage, le droit à la rente n'est pas limité dans le temps.

Les conditions donnant droit à une rente de veuf sont réalisées lorsque le veuf a des enfants de moins de 18 ans. Le droit s'éteint lorsque le plus jeune des enfants atteint 18 ans révolus ou en cas de remariage.

Pour les conjoints divorcés, les dispositions applicables sont dérivées des conditions mentionnées ci-dessus.

Dans le cadre de l'égalité entre les sexes, la question se pose de l'opportunité et de la manière d'uniformiser les conditions donnant droit à une rente de survivant dans le cadre de l'AVS. L'uniformisation peut être réalisée en adaptant les conditions applicables aux veufs à celles des veuves (en étendant les prestations) ou inversement.

A 4.1.1 Variante adaptation de la rente de veuf à la rente de veuve

L'égalité par l'adaptation des conditions donnant droit aux prestations pour les veufs aux conditions actuellement appliquées aux veuves (extension des prestations à une part des veufs sans enfant et aux veufs avec enfants de plus de 18 ans) entraîne des coûts supplémentaires de l'ordre de 150 millions de francs pour le 1er pilier.

A 4.1.2 Variante adaptation de la rente de veuve à la rente de veuf

L'égalité par l'adaptation des conditions donnant droit aux prestations pour les veuves aux conditions actuellement appliquées aux veufs (allocation de la rente seulement pour les veuves avec enfant de moins de 18 ans) représente une économie d'environ 1,2 milliard de francs pour l'AVS, soit environ 80% des dépenses du régime survivants en vigueur. Si les rentes sont versées pour un enfant en formation jusqu'à l'âge de 25 ans, les économies se chiffrent à environ 1,1 milliard de francs, soit quelque 73% des dépenses actuelles.

La variante adaptation de la rente de veuve à la rente de veuf met l'accent sur les tâches d'assistance au détriment de la perte de soutien, mais sans aller jusqu'à abroger complètement les rentes de veuve et de veuf. La variante se fonde sur l'idée qu'en cas de cessation d'une tâche d'assistance, on peut raisonnablement s'attendre à la reprise d'une activité lucrative. Si cette vision des choses est largement confirmée par l'accroissement du taux d'activité des veuves sans tâches d'assistance, la réalité sociale n'en montre pas moins qu'il existe des exemples contraires. Des dépenses accrues au titre de l'assurance-chômage et de l'aide sociale diminuent en fait le potentiel d'économie d'environ 20%. Les délais de transition sont ici extrêmement importants; ils auront pour conséquence

que les économies potentielles ne pourront pas encore être complètement exploitées en 2010; elles ne devraient effectivement pas dépasser la somme de 700 à 750 millions de francs à cette date.

Une étude du bureau BASS confirme l'ampleur des effets qu'entraînerait une adaptation de la rente de veuve à la rente de veuf dans la situation actuelle. Dans la variante la plus radicale de cette mesure, 83% des femmes qui viendraient à être veuves et qui selon l'ancien droit pourraient bénéficier d'une rente ne recevraient plus de prestation. Le taux d'activité des veuves concernées vivant en Suisse (cas d'invalidité non compris) atteint aujourd'hui 60%. Il correspond – en dépit de la moyenne d'âge élevée de 55 ans – au taux d'activité moyen des femmes entre 20 et 61 ans. Pour les personnes qui, au moment du veuvage ou de l'extinction du droit à la rente, ne sont pas occupées, la contrainte de devoir désormais se procurer un revenu pourrait être lourde. Le bureau BASS en conclut qu'il faudrait examiner la possibilité de prévoir, durant la période qui suit immédiatement la perte du conjoint, un revenu de remplacement qui soit versé rapidement et sans complications administratives.

A 4.1.3 Variante adaptation de la rente de veuve à une rente de veuf améliorée

Cette variante permet aussi à une partie des conjoints sans enfants à charge de bénéficier encore de rentes. On peut envisager les dispositions suivantes:

- prestations au conjoint d'âge avancé sans enfant (p. ex. 50 ou 55 ans au lieu des 45 ans en vigueur actuellement) au moment du veuvage;
- prolongation du versement de la rente aux veuves et veufs dont le plus jeune enfant a accompli ses 18 ans, à condition que la veuve ou le veuf ait atteint un âge minimum donné;
- rentes limitées à une période de transition suivant le décès du conjoint ou à tout le moins, s'il y a des enfants, aussi après extinction du droit à la rente d'orphelin, comme aide ponctuelle pour l'insertion ou la réinsertion professionnelle.

Les économies liées à cette variante sont moins marquées que dans le cas A 4.1.2. Leur volume dépend de la formule retenue.

A 4.2 Rente de veuve et rente de veuf dans le deuxième pilier

Aussi bien dans le 1er que dans le 2e pilier, la rente de veuve et la rente de veuf sont surtout importantes pour garantir la couverture financière des personnes à qui l'assurance ne confère pas de droit *propre* à une rente. Dans le 2e pilier, cette situation concerne essentiellement les personnes (hommes et femmes) en charge d'un ménage qui ne sont pas actives ou exercent une activité rémunérée à temps partiel. Le groupe concerné est ici beaucoup plus important que dans le 1er pilier.

Contrairement au 1er pilier, le domaine obligatoire du 2e pilier ne connaît pas de rente de veuf, mais accorde en revanche des prestations aux veufs dans le domaine des comptes et polices de libre passage. Elle existe cependant en partie dans le domaine

surobligatoire de la PP tant dans les règlements que concernant les prestations de libre passage.

Des différences par rapport au 1er pilier existent concernant les droits de la femme divorcée (la condition de l'obligation d'entretien dans le jugement de divorce demeure ici aussi): contrairement au 1er pilier, l'allocation de veuve sans enfant existe encore dans ce domaine.

A la différence du 1er pilier, une rente de veuve allouée au titre du 2e pilier n'est pas relayée par une rente de vieillesse au moment de la retraite.

Adaptation des rentes de veuf aux rentes de veuve

Pour le 2e pilier, on s'appuie avant tout sur des modèles qui n'excluent pas le droit à la rente. Aussi le projet de conditionner les prétentions à la présence d'enfants n'est-il pas privilégié dans le 2e pilier. Cela d'autant moins que l'introduction d'une rente de veuf aux mêmes conditions que pour les femmes dans la partie obligatoire du 2e pilier entraîne une charge supplémentaire de quelque 60 millions de francs seulement.

Tableau A1: Présentation synoptique des paramètres de prestations "âge de la retraite"

Paramètre de prestation	Dispositions en vigueur	Possibilités de concrétisation / brève définition	Conséquences financières en 2010 (en mio. de francs, aux prix actuels)	Référence
Age de la retraite AVS	Limites d'âge fixes (64 ans pour les femmes, 65 ans pour les hommes), avec possibilité d'anticipation ou d'ajournement (avec la réduction actuarielle ou le supplément correspondant)	<p>Variante 1: Système actuel, mais avec changement des limites d'âge fixes</p> <p>Variante 2: Limites d'âge fixes, sans réduction ou avec faible réduction en cas d'anticipation pour certaines catégories de personnes</p> <p>Variante 3: Rente de retraite, c.-à-d. droit à la rente dans une fourchette d'âge sans réduction ni supplément pour ajournement, sous condition de cessation d'activité</p>	<p>- 1'450 (âge 66/66) à + 2'280 (âge 63/63)</p> <p>+ 500 à +800</p> <p>+ 2'485 (fourchette 62/67) à + 2'930 (fourchette 62/65)</p>	A 1.1.1 A 1.1.2 A 1.1.3
Age de la retraite PP	Limites d'âge fixes (62 pour les femmes, 65 pour les hommes)	Système actuel, mais avec changement des limites d'âge fixes	- 800 (âge 66/66) à + 1'410 (âge 63/63)	A 1.2

Tableau A2: Présentation synoptique des paramètres de prestations "niveau des rentes et formule de calcul"

Paramètre de prestation	Dispositions en vigueur	Possibilités de concrétisation / brève définition	Conséquences financières en 2010 (en mio. de francs, aux prix actuels)	Référence
Niveau des rentes et formule de calcul Formule de calcul des rentes du 1er pilier / rapport rente minimale - rente maximale	<ul style="list-style-type: none"> - Le rapport entre la rente minimale et la rente maximale est de 1:2 - Le rapport entre les revenus formateurs de rentes minimum et maximum est de 1:6 	<p>Variante 1: Relèvement de la rente minimale de 20%, sans adaptation de la rente maximale</p> <p>Variante 2: Abaissement de la rente maximale de 10%</p> <p>Variante 3: Relèvement de la rente minimale de 33,33% et abaissement de la rente maximale de 5,7%</p> <p>Variante 4: Relèvement du point d'infexion de la formule de calcul des rentes de 1/6</p> <p>Variante 5: Relèvement de la limite de revenu pour la rente maximale (rapport 1:7 entre les revenus formateurs de rentes minimum et maximum)</p>	+ 520 - 2'570 0 + 170 - 350	A 2.1.1 A 2.1.2 A 2.1.3 A 2.1.4 A 2.1.5
Rapport entre la rente et l'avoir de vieillesse du 2e pilier (taux de conversion)	Taux de conversion de 7,2%	Relèvement des bonifications de vieillesse pour faire face à l'augmentation de l'espérance de vie et à la réduction du taux de conversion qu'elle implique	+ 1'100	A 2.3

(Suite)

Tableau A2: Présentation synoptique des paramètres de prestations "niveau des rentes et formule de calcul" (suite)

Paramètre de prestation	Dispositions en vigueur	Possibilités de concrétisation / brève définition	Conséquences financières en 2010 (en mio. de francs, aux prix actuels)	Référence
Extension du 2e pilier pour les revenus modestes	Déduction de coordination fixe de 23'880 francs par an (= rente AVS maximale)	<p>Variante 1: Abaissement de la déduction de coordination pour les revenus faibles et moyens, avec abaissement simultané du seuil d'accès au 2e pilier de 1/3</p> <p>Variante 2: Extension du 2e pilier selon la variante 1, avec en outre une déduction de coordination variant en fonction du taux d'occupation</p>	+ 600 + 900	A 2.4.1 A 2.4.2
Elargissement général du 2e pilier par le biais d'un abaissement de la déduction de coordination	cf. ci-dessus	<p>Variante 1: Abaissement de la déduction de coordination de 1/3</p> <p>Variante 2: Suppression de la déduction de coordination</p>	+ 2'750 Coûts supplémentaires importants, montant dépendant de la configuration choisie	A 2.5
Restriction du 2e pilier pour les revenus supérieurs	Limite supérieure du revenu formateur de rentes à 71'640 francs	Abaissement de la limite supérieure de 6%, respectivement abaissement du gain assuré maximal du domaine obligatoire de 10%	- 1'000	A 2.7

Tableau A3: Présentation synoptique des paramètres de prestations "adaptation des rentes"

Paramètre de prestation	Dispositions en vigueur	Possibilités de concrétisation / brève définition	Conséquences financières en 2010 (en mio. de francs, aux prix actuels)	Référence
Adaptation des rentes dans le 1er pilier	Portée de l'adaptation des rentes (moyenne arithmétique de l'évolution des salaires et des prix) Rythme de l'adaptation des rentes: tous les 2 ans	Variante 1: Adaptation des rentes à l'évolution des salaires Variante 2: Adaptation des rentes à l'évolution des prix Variante 1: Ralentissement du rythme d'adaptation Variante 2: Accélération de la périodicité des adaptations	+ 1'200 - 1'200 - 400 à - 800 + 400 à +800	A 3.1.1 A 3.1.1 A 3.1.2 A 3.1.2
Adaptation des rentes dans le 2e pilier	Pas de compensation obligatoire du renchérissement pour les rentes de vieillesse	Variante 1: Compensation intégrale du renchérissement Variante 2: Compensation partielle du renchérissement	env. + 1'400 env. + 1'100	A 3.2 A 3.2

Tableau A4: Présentation synoptique des paramètres de prestations "rentes de veuve et de veuf"

Paramètre de prestation	Dispositions en vigueur	Possibilités de concrétisation / brève définition	Conséquences financières en 2010 (en mio. de francs, aux prix actuels)	Référence
Rente de veuf/veuve dans le 1er pilier	Conditions d'ouverture du droit aux prestations: <ul style="list-style-type: none"> • veuves – avoir des enfants (sans limite d'âge), ou – s'il n'y a pas d'enfant, avoir 45 ans au moins et 5 ans de mariage • veufs – avoir un(des) enfant(s) de moins de 18 ans 	<p>Variante 1: Adaptation de la rente de veuf à la rente de veuve</p> <p>Variante 2: Adaptation de la rente de veuve à la rente de veuf</p> <p>Variante 3: Adaptation de la rente de veuve à une rente de veuf améliorée</p>	+ 150 - 700 à - 750 Economies moindres que dans la variante 2	A 4.1.1 A 4.1.2 A 4.1.3
Rente de veuf/veuve dans le 2e pilier	Conditions d'ouverture du droit aux prestations: <ul style="list-style-type: none"> • pour les veuves: comme AVS • pour les veufs: pas encore de dispositions dans la partie obligatoire du 2e pilier 	Adaptation de la rente de veuf à la rente de veuve	+ 60	A 4.2

A 5 Autres paramètres de prestations pour les premières et deuxièmes piliers**A 5.1 Paramètres AVS/AI**

Dans le domaine de l'AVS/AI, le Conseil fédéral a défini deux autres paramètres en complément aux paramètres susmentionnés, à savoir l'assurance AVS/AI facultative et la revalorisation annuelle du revenu.

A 5.1.1 Assurance AVS/AI facultative

Depuis l'introduction de l'AVS, en 1948, les Suisses et Suissesses de l'étranger peuvent s'affilier à titre facultatif. Les recettes de cette assurance facultative qui proviennent des cotisations versées de l'étranger n'ont jamais suffi à couvrir les dépenses, le taux de couverture des dépenses se situant à 1 franc pour 3 francs. Ce déficit chronique a été l'une des raisons incitant le Parlement à charger le Conseil fédéral d'élaborer un projet d'assainissement de l'assurance facultative AVS. Les travaux préliminaires déjà effectués par l'administration se caractérisent par une double option de base: restreindre le cercle des assurés et augmenter le volume des cotisations. Le Conseil fédéral devrait pouvoir lancer la procédure de consultation du message sur l'assainissement en janvier 1988 au plus tard. Les mesures portant sur les prestations devraient permettre, selon l'aménagement concret choisi, de réduire les dépenses annuelles de 110 à 120 millions de francs. Etant donné la nécessité de mesures transitoires, la somme des rentes ne diminue qu'à long terme. En 2010, on peut s'attendre à des économies de l'ordre de 20 millions de francs au plus.

A 5.1.2 Revalorisation annuelle du revenu déterminant pour le 1er pilier

A côté d'une part de rente fixe, le revenu annuel moyen du travail pendant toute la carrière économique de l'assuré est déterminant pour le calcul de la rente. Or, les revenus obtenus pendant les premières années de la vie professionnelle ne sont pas comparables sans autre à ceux obtenus les années précédant la retraite. Il est donc indispensable de rendre comparables les termes, ce qui se fait par le biais de la revalorisation du revenu.

Depuis 1979, on utilise pour cela une procédure simplifiée. Tous les salaires sont re-valorisés au moyen d'un facteur fixe, qui correspond au rapport de l'indice des salaires de la dernière année de cotisation avec la valeur moyenne de tous les indices salariaux sur toute la durée de cotisation. Cette procédure simplifiée, avec son facteur de revalorisation constant, présente cependant un grand désavantage: les revenus des premières années sont revalorisés trop faiblement et ceux des dernières années trop fortement. De ce fait, les personnes accusant des facteurs de carrière plus élevés au début et plus bas à la fin de leur parcours professionnel sont défavorisées, de même que celles qui ont connu des interruptions dans leur activité professionnelle ou qui n'ont pas du tout cotisé pendant les dernières années.

La solution correcte de la revalorisation annuelle du salaire moyennant un facteur de revalorisation individuel pour chaque année civile avait été refusée à l'époque en raison

du surplus de travail que cela aurait représenté. Avec l'avènement du calcul des rentes assisté par ordinateur, cet argument a perdu sa validité. La variante améliorée garantirait un traitement équitable à tous ceux qui, jusque-là, ont pâti du mode de calcul en vigueur.

L'introduction de la revalorisation annuelle du salaire pour les nouvelles rentes aurait pour effet à long terme, soit jusqu'à ce que toutes les nouvelles rentes soient calculées avec la méthode améliorée (dans 20 ans environ), une hausse des coûts dans l'AVS d'environ 2,3% et dans l'AI de 2,1%.

Il sera possible de faire en sorte que cette mesure n'ait pas d'incidence sur les coûts en adaptant simultanément le calcul du facteur de revalorisation.

A 5.2 Paramètres prévoyance professionnelle

A 5.2.1 Variante libre choix de la caisse de pension

L'idée de flexibiliser et d'individualiser davantage la prévoyance professionnelle a été discutée dans le rapport sur les trois piliers³. Le scénario correspondant se fonde sur les considérations d'experts en économie supputant que la concurrence entre les caisses induira une plus grande efficience et un développement positif pour les assurés comme pour l'économie⁴. Dans le rapport mentionné, on considérait que ce scénario méritait d'être examiné mais n'était pas prioritaire. C'est d'ailleurs pourquoi le Conseil fédéral n'a pas repris cette thématique dans son programme de législature 1995 - 1999.

La législation sur la prévoyance professionnelle en vigueur ne tient compte que dans une mesure restreinte des voeux individuels des assurés. Certes, la LPP propose à l'assuré quelques possibilités de choix⁵, mais l'assuré ne pourra y recourir que si les institutions prévoient ces possibilités dans leur règlement. C'est donc des caisses de pension que dépend une plus grande flexibilité en dehors de la LPP. Pour l'heure, une telle tendance se dessine dans le domaine des placements seulement, où certaines institutions offrent à leurs assurés différents plans de financement ou de placement⁶. C'est dans ce contexte aussi qu'il faut voir la loi sur l'encouragement de l'accès à la propriété avec les moyens de la prévoyance professionnelle, entrée en vigueur le 1er janvier 1995 et qui autorise les assurés à investir dans l'achat de leur propre logement avec ces ressources financières.

Avec le libre choix de la caisse de pension, le lien entre la prévoyance professionnelle et l'employeur se trouve dénoué. Il pourrait s'ensuivre, d'une part, que l'entreprise perde

³ DFI (1995), Rapport du DFI concernant la structure actuelle et le développement futur de la conception helvétique des trois piliers de la prévoyance vieillesse, survivants et invalidité. Berne. OFAS, p.47.

⁴ Kohli U., L'impact économique de la sécurité sociale. In: DFI, 1991.5 Rapports d'experts sur la conception helvétique des trois piliers de la prévoyance vieillesse, survivants et invalidité, Berne

⁵ Exemples: le choix de l'âge de la retraite et le choix de la forme de prestation vieillesse (art. 13, 3^e al.; art. 37, 3^e al. LPP), cf. conférence de Dr. H. Walser, Zürcher Tage für die berufliche Vorsorge 1997, p. 2 ss.

⁶ Voir vue d'ensemble dans: B. Brandeberger, Diskussionen des Individualisierung im Anlagebereich in der Schweiz, Schweizerische Zeitschrift für Personalvorsorge 12/96, p. 709 ss. Votum R. Merz, Pensionskasse ABB, in der Informationsveranstaltung des Vorsorgeforums, 2. Säule und der Vereinigung der schweizerischen Pensionskassenverbände vom 8.4.1997.

tout intérêt dans la prévoyance professionnelle de ses employés, d'autre part, que les petites institutions ne résistent pas à la concurrence.

Le libre choix de la caisse de pension commande une modification de la loi sur la prévoyance professionnelle, voire éventuellement de l'article 34quater, 3e al. de la constitution.

A 5.3 Paramètres AI

Dans le domaine de l'assurance-invalidité, le Conseil fédéral a demandé au groupe de travail IDA FiSo de considérer dans son analyse les paramètres suivants:

- la suppression de la rente complémentaire;
- la suppression du quart de rente;
- l'introduction d'une allocation d'assistance;
- l'amélioration des rentes pour les cas d'infirmité congénitale ou d'invalidité précoce.

A côté des paramètres de prestations à proprement parler, il s'agissait d'intégrer dans la réflexion, à titre d'ajustements structurels, la planification des besoins et le contrôle des coûts.

Le message sur la quatrième révision de l'AI (1ère partie) approuvé par le Conseil fédéral le 25 juin 1997⁷, mentionne, comme but prioritaire de la révision, la garantie des bases de financement de l'assurance-invalidité. En font partie, d'une part, des mesures d'épargne du côté des dépenses ainsi que des analyses permettant de comprendre les causes de l'augmentation continue du nombre de rentiers et d'influer sur cette tendance, et d'autre part, du côté des recettes, des mesures relatives au „financement additionnel“.

Le transfert de capital des APG à l'AI approuvé entre-temps par le Parlement ne suffit par à atteindre l'objectif d'un financement équilibré (cf. chapitre F).

La révision a comme autre objectif d'améliorer le règlement de la procédure. On y propose finalement de prendre sous la loupe différents domaines du droit matériel - comme par ex. celui de la formation professionnelle dont on admet qu'elle présente un potentiel limité de développement.

Comme les différentes mesures planifiées ont été plus ou moins réalisées, on propose de mettre en œuvre la 4^e révision de l'AI en deux parties. La première porte sur la suppression de la rente complémentaire et du quart de rente. Il y est également question d'introduire le mandat de la planification cantonale / intercantonale des besoins pour les ateliers, les homes et les centres de jour. Ce mandat, même s'il n'agira pas directement sur le contrôle de l'offre, pourra se répercuter sur la nature, la quantité et la qualité des prestations. Dans la deuxième partie, d'autres mesures de consolidation dans le domaine des prestations sont prévues (mesures médicales de réadaptation et traitement des infirmités congénitales). S'y ajoutent l'examen d'un développement modéré dans des domaines spécifiques (allocation d'assistance, rentes pour les cas d'invalidité congénitale

⁷ Message du Conseil fédéral du 25 juin 1997 sur la première partie de la 4^e révision de l'AI: RO 97.052.

ou précoce, indemnités journalières, mesures professionnelles), ainsi que d'autres mesures visant à maîtriser les coûts.

A 5.3.1 Suppression de la rente complémentaire

Ont droit à une rente complémentaire les bénéficiaires de rentes mariés qui ont exercé une activité rémunérée immédiatement avant leur incapacité de travail et dont le conjoint n'a pas droit à une rente AVS ou AI. Avec le système de splitting introduit avec la 10e révision de l'AVS, cette prestation fait figure de corps étranger. Selon le message du Conseil fédéral sur la 4e révision de l'AI (première partie), la suppression de la rente complémentaire se justifie; avec le développement de la prévoyance obligatoire et le recours possible aux prestations complémentaires en cas de difficultés financières, cette rente a perdu de sa portée sociale.

Avec la suppression de la rente complémentaire, l'AI pourra économiser à long terme, soit lorsque toutes les rentes en cours seront arrivées à échéance, 235 millions de francs par année. Cette mesure a des répercussions sur les rentes complémentaires de l'assurance-accidents⁸ et de l'assurance militaire⁹.

A 5.3.2 Suppression du quart de rente

Une incapacité de travail pour cause d'invalidité de 40 à 50 pour cent donne droit à un quart de rente AI, et dans les cas de rigueur, à une demi-rente. Vu l'importance relativement faible de la prestation, le message prévoit de supprimer le quart de rente. Pour atténuer les effets de cette mesure, le Conseil fédéral propose que les rentes pour les cas de rigueur soient versées à titre de prestations complémentaires; elles demeureront inchangées quant à leur montant.

La suppression du quart de rente, une fois échues toutes les rentes actuellement en cours, permettrait d'économiser environ 20 millions de francs par année. Le fait que les ex-bénéficiaires de quarts de rente pourraient faire valoir un droit aux PC induirait un déplacement partiel des coûts vers les cantons (dépenses supplémentaires des cantons pour les PC: environ 6 millions de francs). Cette mesure a des répercussions sur les rentes complémentaires de l'assurance-accidents et de l'assurance militaire.

⁸ Selon art. 20, 2^e al. LAA (RS 832.20), l'assurance-accidents alloue une rente complémentaire à l'assuré qui, en cas d'accident, a droit à une rente de l'assurance-invalidité. La rente complémentaire correspond à la différence entre 90 pour cent du gain assuré et la rente de l'assurance-invalidité, mais au plus au montant prévu dans l'assurance-accidents pour l'invalidité totale ou partielle.

⁹ Selon art. 77, premier alinéa LAM (RS 833.1), l'assurance-militaire alloue une rente complémentaire à l'assuré qui, en cas d'accident, a droit à une rente de l'assurance-invalidité. La rente complémentaire de l'assurance militaire est réduite dans la mesure où, ajoutée à celle de l'assurance invalidité, elle dépasse le gain annuel présumé.

A 5.3.3 Allocation d'assistance

Dans le domaine des soins et de l'assistance, l'AI verse des allocations pour impotents, des contributions aux soins pour les mineurs impotents ainsi que des contributions aux frais de pension. Le montant de ces prestations ne suffit aucunement à couvrir les coûts effectifs des soins et de l'assistance. En outre, le système actuel manque de transparence et la procédure est complexe. C'est pourquoi le message propose d'examiner la suppression des prestations actuelles et de les remplacer par une allocation d'assistance. Les auteurs du rapport IDA FiSo1 estiment que tout changement de système occasionnera des dépenses supplémentaires de 100 millions de francs au minimum.

Différents modèles d'allocation d'assistance sont envisageables:

- Aligner le montant de l'allocation sur la rente AVS maximale. Il en résulterait des coûts supplémentaires nets de 653 millions de francs par année.
- Elargir les prestations actuelles dans un cadre donné de 376 millions de francs par année.
- Introduire une composante du besoin: l'élargissement des prestations actuelles se ferait par le biais des prestations complémentaires (PC). Un tel modèle n'occasionnerait pas de coûts supplémentaires dans l'AI; le surplus de coûts - qui ne peut être chiffré pour l'instant - serait à la charge des PC.
- Simplifier le système actuel sur le plan de l'administration; cette mesure ne devrait pas avoir d'impact sur les coûts.

A 5.3.4 Amélioration des rentes pour les cas d'infirmité congénitale ou d'invalidité précoce

Les rentes AI versées pour les cas d'infirmité congénitale ou d'invalidité précoce sont rarement supérieures à la garantie minimale de 133 1/3 pour cent des rentes complètes minimales, ce qui correspond à un montant mensuel de 323 à 1'293 francs selon le degré d'invalidité. En outre, à défaut d'une activité rémunérée ou vu leur faible revenu, ces personnes n'ont en général pas droit aux prestations de la prévoyance professionnelle. Un personne affligée d'infirmité congénitale ou d'invalidité précoce sur deux sollicite des prestations complémentaires. Eu égard à cette situation, le message sur la 4e révision de l'AI (1ère partie) propose d'étudier une amélioration des prestations pour cette catégorie de personnes.

En relevant d'au moins 150% de la rente complète minimale le taux de prestations, une rente complète s'élèverait à 1'493 francs par mois. Cette augmentation se traduirait par des coûts supplémentaires de 55 millions de francs pour l'AI et des économies de 33 millions de francs pour les PC - soit un surplus de coûts de 22 millions de francs au total. Un taux de relèvement de 166% par exemple occasionnerait des surcoûts de 110 millions de francs pour l'AI et des économies de 40 millions de francs par année pour les PC, soit une augmentation nette de 70 millions de francs au total.

A 5.3.5 Maîtrise des coûts et planification des besoins

Pour engager les moyens de l'AI de manière plus ciblée et plus efficiente, il faudrait avoir une certaine latitude pour maîtriser les dépenses. Cette latitude est donnée pour ce qui est de l'établissement des tarifs pour les prestations d'assurance (par ex. dans le domaine des moyens auxiliaires et de la réadaptation à la vie professionnelle) et de l'aide aux institutions (contributions aux organisations et institutions dans le domaine de l'aide aux invalides).

Dans la première partie de la 4^e révision de l'AI, on propose de créer des bases légales pour l'introduction d'instruments de contrôle et pour le financement de méthodes qui permettraient d'évaluer les effets des mesures (analyses des effets). Il s'agit par là de poser un fondement pour la mise en oeuvre de mesures ultérieures. Dans la deuxième partie, on prévoit d'introduire des mesures dans le domaine du controlling et dans celui de la tarification des prestations d'assurance. Plus spécialement dans le domaine des moyens auxiliaires, on examinera quelles mesures pourront ou devront être prises pour stimuler la concurrence ou le libre jeu de l'offre et de la demande. Ensuite, toujours dans la deuxième partie, il s'agira de réaliser la consolidation financière des prestations dans le domaine des contributions aux organisations faîtières de l'aide privée aux invalides.

A 5.3.6 Cantonisation des prestations collectives

En cantonalisant les prestations collectives, on peut créer des synergies et dégager un certain potentiel d'économie. Pour autant que l'offre continue d'exister, on assistera principalement à un déplacement des coûts de l'AI vers les cantons. La question de la cantonalisation des prestations collectives est un élément du projet de nouvelle péréquation financière entre Confédération et cantons.

A 5.3.7 Augmentation du nombre de rentiers AI

Entre 1993 et 1996, le nombre de rentiers AI a augmenté de 5% par an. Un cinquième seulement (1,1%) de cette hausse est à mettre sur le compte de l'évolution démographique (changement de la pyramide des âges). Les autres quatre cinquièmes (3,9%) découlent de l'espérance de vie plus longue des handicapés, du nombre probablement en baisse de bénéficiaires pouvant être réintégrés professionnellement et d'une plus grande probabilité de devenir invalide et de prétendre à une rente.

Le nombre de rentiers AI par rapport à la population résidente active (taux AI) comme aussi sa fluctuation varient fortement d'un canton à l'autre. Le taux AI a augmenté entre 1992 à 1996 (de 3,2% à 3,8% au total); inférieur à 3,5% dans 18 cantons en 1992, il ne l'était plus que dans 10 cantons en 1996 (voir tableau 1).

Tableau 1: Rapport rentiers AI/population résidente active

	<i>Nombre de cantons</i>	
	1992	1996
<i>Rapport rentiers AI</i>		
<i>Population résidente active (taux AI)</i>		
inférieur à 3%	9	5
de 3% à moins de 3,5%	9	5
de 3,5% à moins de 4%	4	9
de 4% et plus	4	7

Bien que le nombre de rentiers AI continue d'augmenter, les taux de croissance ont tendance à baisser: entre 1992 et 1994, la croissance a été de 3% ou plus par an dans 17 cantons. De 1994 à 1996, 13 cantons ont connu un tel taux. (voir tableau 2).

Tableau 2: augmentation annuelle du nombre de rentiers AI 1992 - 1994, 1994 - 1996

	<i>Nombre de cantons</i>	
	1992/94	1994/ 96
<i>Augmentation annuelle du nombre de rentiers AI</i>		
inférieure à 2%	5	4
de 2% à moins de 3%	4	9
de 3% à moins de 4%	9	4
de 4% et plus	8	9

Il n'est pas possible d'établir des corrélations systématiques entre le taux AI et la fluctuation annuelle du nombre de rentiers AI. L'évolution sur la période 1992 - 1996 est cependant très préoccupante. Elle comporte le risque d'entraîner de sérieux problèmes financier si l'on ne parvient pas à la freiner sensiblement comme ce fut dans le cas ces trois dernières années.

Faute de données correspondantes, il n'est pas possible non plus pour l'instant d'expliquer de façon concluante les causes et le développement différencié d'un canton à l'autre de l'augmentation du nombre de rentiers AI. On ne peut partir ici que de conjectures et tentatives d'explication sans caractère scientifique. Par exemple:

- La pression croissante au travail induit une plus grande probabilité - pour les travailleurs ne supportant pas cette pression - de devenir invalides. D'un autre côté, on supprime les places de travail moins contraignantes. Il faut toutefois relever ici que, malgré un marché de l'emploi tendu, on trouve encore et toujours des places de formation et d'occupation pour des personnes handicapées.
- Le chômage rend malade. Une première analyse sur les corrélations entre chômage et probabilité de devenir malade/invalidé n'a fait état que d'une faible influence directe¹.

- Les médecins et les offices AI font un usage accru de la marge d'appréciation - au demeurant nécessaire - dont ils disposent. On ne peut juger aujourd'hui s'il y a eu là un réel changement de pratique¹⁰.
- Les assurés et les employeurs abusent de l'AI. On ne dispose pas de faits concrets prouvant que l'AI soit plus touchée qu'une autre branche d'assurance. Toujours est-il que la procédure de clarification utilisée ne révèle pas de vice qui pourrait favoriser les vrais abus. On ne peut refuser à personne de s'annoncer à l'AI. Une augmentation des demandes à l'AI pourrait induire une augmentation - pas forcément proportionnelle, mais en chiffres - du nombre de rentiers.
- Les services sociaux tendent à aiguiller leurs clients vers l'AI. On connaît plusieurs programmes dans lesquels les services sociaux ont systématiquement examiné le droit à l'AI de leurs clients. Mais il n'est pas possible d'établir l'influence de ces programmes sur l'augmentation du nombre de rentiers. D'ailleurs, pour autant qu'il s'agisse de recenser des personnes ayant des handicaps au sens de l'AI, la procédure est tout à fait adéquate.
- L'accroissement de la population étrangère se traduit par une augmentation des rentiers AI. Formulée de la sorte, l'hypothèse est fausse. Si la part des handicapés est plus grande dans la population étrangère que dans la population suisse, c'est que les étrangers travaillent plus souvent dans des branches qui présentent un risque plus élevé d'atteintes à la santé. Relevons encore ici que les rentes qui leur sont accordées sont généralement de plus de 30% inférieures aux rentes correspondantes versées aux rentiers AI suisses.

Dans le cadre des bases légales actuelles, l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) s'emploie à définir et à appliquer une unité de doctrine pour le calcul de l'invalidité et la fixation du montant des rentes AI. Il prévoit à cet effet de développer la formation du personnel des offices AI aux plans quantitatif et qualitatif, de clarifier les compétences et les devoirs des médecins des offices AI, ainsi que de renforcer et d'intensifier l'évaluation des offices AI, conduite actuellement tous les cinq ans. Par ailleurs, en collaboration avec lesdits offices, l'OFAS est en train d'introduire une gestion orientée sur les effets.

Cela dit, pour pouvoir exercer une influence sur l'augmentation du nombre de rentiers et donc sur les dépenses de l'AI, il faut au préalable clarifier les causes de cette augmentation. Dans le message sur la première partie de la 4e révision de l'AI, le Conseil fédéral propose une série de mesures permettant d'atteindre ces buts, et notamment la création d'une base légale pour le financement d'études statistiques et d'analyses d'effets. Selon les résultats de ces travaux, il s'agira, le cas échéant, de redéfinir la notion d'invalidité. Il n'est pas possible d'être plus précis pour l'instant quant au contenu de cette définition.

Dans la deuxième partie de la révision, il est prévu de prendre sous la loupe la procédure et l'organisation de l'AI. La question de la délégation de compétences médicales aux offices AI cantonaux sera également abordée dans ce contexte. En outre, dans le cadre de la révision de la péréquation financière, l'exécution décentralisée de la loi par les

¹⁰ Eschmann N., Donini F. (1995), „Le chômage conduit-il à l'invalidité? Quelques considérations statistiques sur la question“, Sécurité sociale 6/1995, pp. 321-324.

offices AI est à l'étude. Il restera à étudier l'opportunité d'introduire des mesures d'incitation, d'ordre économique ou fiscal, pour les employeurs qui occupent des personnes handicapées.

B Assurance-chômage

B 1 Remarques introductives

Les budgets de l'assurance-chômage prévoient jusqu'en l'an 2001 une diminution du taux de chômage jusqu'à 3,2%, ce qui ramènerait le nombre des chômeurs à 115'000. Sur la base des données dont elle disposait à l'époque, IDA FiSo 1 a conduit ses travaux en fonction d'un taux de chômage de 2,5% en l'an 2010. C'est à ce premier scénario auquel il conviendra de se référer. Outre ce scénario prévu par IDA FiSo 1, il convient d'envisager ici un deuxième scénario. Il est basé sur un taux de chômage de 3,5% en 2010. Ce scénario doit constituer une alternative, car on ne saurait exclure que le taux de chômage ne régressera pas à 2,5% en 2010.

B 1.1 Ecart par rapport au mandat: la situation financière actuelle de l'assurance-chômage

Avant d'aborder le mandat proprement dit de IDA FiSo 2 – qui vise l'horizon 2010 – il est nécessaire de présenter, en tant que premier point des paramètres de l'assurance-chômage, un aperçu de la situation financière difficile dans laquelle se trouve actuellement cette branche d'assurance.

Budget/Plan financier (montants en millions de francs)**de l'assurance-chômage de 1997 à 2001**

(dans l'hypothèse où le taux de cotisations de 3% continue à être perçu).

<i>Année</i>	1997	1998	1999	2000	2001
<i>Nombre de chômeurs</i> <i>Taux de chômage</i>	197'000 5.4	185'000 5.1	165'000 4.6	140'000 3.9	115'000 3.2
<i>Dépenses totales</i>	7'815	7'755	7'160	6'545	5'865
<i>Montant total</i>	5'720	6'040	6'078	6'163	6'243
<i>Hausse ou diminution du prêt net</i>	2'100	1'700	1'100	400	- 400
<i>Dettes/total du fonds de l'assurance-chômage</i> (réparties pour moitié envers la Confédération et les cantons)	8'300	10'000	11'100	11'500	11'100

Besoin financier pour un nombre différencié de chômeurs

L'assurance-chômage réagit de manière très sensible à l'évolution économique. Il existe dans ce domaine un interdépendance: la configuration de l'assurance-chômage peut également influencer la marche de l'économie. Or, celle-ci est difficilement prévisible en particulier pour la période prise en compte par IDA FiSo, qui s'étale jusqu'en l'an 2010. Il est dès lors nécessaire de travailler avec diverses hypothèses (en prenant en compte divers taux de chômage).

Les recettes fournies par une cotisation de 3% et les contributions à fonds perdu qui sont mises à la disposition de l'assurance-chômage permettent (en se fondant sur la structure des dépenses de 1997) de financer les prestations d'environ 140'000 chômeurs. Un taux de cotisation de 2% permettrait de prendre en charge 90'000 chômeurs (en se fondant toujours sur la structure des dépenses de 1997).

Si le taux de chômage devait rester à 5% jusqu'en l'an 2000 et si le Parlement devait refuser le maintien du taux de cotisation de 3% dont l'application est actuellement limitée dans le temps, la situation financière de l'assurance-chômage se détériorerait encore sensiblement par rapport à l'évolution décrite ci-dessus (env. 20 milliards de dettes à la fin 2001).

Développement ou diminution de la dette

En l'état actuel des choses, le fonds de l'assurance-chômage manque de recettes pour couvrir l'ensemble des dépenses. De ce fait, la dette ne cessera de croître jusqu'en l'an 2000 au moins si l'on ne prend pas des mesures au niveau des prestations et/ou des recettes. On ne peut envisager une réduction qu'à partir de l'an 2001 au plus tôt (à condition que le taux de cotisation de 3 pour-cent soit maintenu ou qu'il existe une source de financement analogue et que le taux de chômage diminue dans la mesure espérée).

Variantes de financement

Pour atténuer quelque peu la mauvaise situation financière du Fonds de l'assurance-chômage, on peut envisager – parallèlement à des mesures touchant les prestations – une augmentation des recettes ou le recours à d'autres sources de financement pour certaines prestations. Nous présentons brièvement ci-après deux variantes envisageables pour un assainissement à court ou moyen terme, variantes qui sont actuellement au cœur du débat politique.

Financement des mesures concernant le marché de l'emploi au moyen des recettes fiscales générales

Les effets des mesures prises sur le marché de l'emploi entraînent des avantages externes pour l'ensemble de l'économie nationale. En partant de cette argumentation, on peut parfaitement soutenir que le financement de telles mesures sur le marché de l'emploi soit assuré par les recettes fiscales générales. Le coût des dépenses affectées à l'organisation de mesures touchant au marché de l'emploi se montent en 1997 à quelque 550 millions de francs. Il est prévu que ces coûts augmentent au cours des prochaines années (le budget prévoit 670 millions de francs pour 2001). Du point de vue de l'économie nationale, une telle mesure provoque une redistribution des charges entre l'assurance-chômage et les finances publiques, ce qui présupposerait sans doute une augmentation des impôts dans la situation financière actuelle.

Augmentation du taux de cotisation de un à 3% pour les revenus compris entre 97'000 et 243'000 francs

Les parts de salaires situées entre 97'000 et 243'000 francs¹¹ sont soumises actuellement à un taux de cotisation de 1%. Cette contribution n'ouvre cependant aucun droit à une prestation. Il s'agit d'une contribution de solidarité de la part de cette catégorie de revenu. L'augmentation de la contribution de solidarité est liée à la hausse limitée dans le temps du taux général de cotisation à l'assurance-chômage de deux à trois pour-cent. Outre la prolongation de ces solutions limitées actuellement jusqu'en 1999, il convient d'étudier une augmentation du taux de cotisations pour les parts de salaires situées entre 97'000 et 243'000 francs (soit une hausse de la contribution de solidarité). Une telle augmentation entraînerait des recettes supplémentaires de l'ordre de 250 millions de francs.

¹¹ 243'000 francs représentent 2,5 fois le revenu maximum assuré dans l'assurance-accidents obligatoire.

Il faut voir toutefois que cette ponction sur les salaires provoquera une diminution des revenus imposables et, partant, une perte fiscale au niveau des impôts directs. Elle s'écarte en outre davantage du principe d'assurance, les cotisations ne créant aucun droit à prestation.

B 1.2 Différents scénarios: taux de chômage de 2,5% et taux de chômage de 3,5% en 2010

B 1.2.1 Scénario taux de chômage de 2,5% en l'an 2010

Un taux de chômage de 2,5% rapporté au chiffre de la population active selon le recensement de 1990 représente un effectif d'environ 90'000 chômeurs.

Dans le rapport de IDA FiSo 1, le scénario de référence est basé sur un taux de chômage de 2,5%. Ce scénario concerne l'an 2010.

En partant de la structure des dépenses de 1997, un chômage de 2,5% peut être financé avec les recettes provenant d'un taux de cotisations de 2%. Si l'on prend en considération la structure des dépenses prévue pour 1998, un taux de cotisations de 2% ne suffirait tout juste pas à assurer le financement, du fait notamment que les coûts afférents aux mesures relatives au marché de l'emploi vont augmenter.

Pour calculer les besoins financiers, nous avons pris pour base la loi sur l'assurance-chômage dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 1997. On relèvera à ce propos que le nouveau régime des indemnités (la durée maximale des prestations a été portée pour tous les assurés à 520 jours) entraînera des dépenses sensiblement plus élevés dans le domaine des prestations aux chômeurs que dans le système précédent, qui a servi de base de calcul pour IDA FiSo 1.

B 1.2.2 Scénario taux de chômage de 3,5 % en l'an 2010

Un taux de chômage de 3,5 % rapporté au chiffre de la population active selon le recensement de 1990 représente un effectif d'environ 126'000 des chômeurs.

Compte tenu de l'évolution du chômage depuis la publication du rapport IDA FiSo 1 (le taux de chômage a augmenté et atteignait 4,9% en novembre 1997), il n'est pas exclu que l'on ne revienne pas à un taux de 2,5% d'ici l'an 2010. C'est pourquoi ce deuxième scénario est basé sur un taux de chômage de 3,5% en l'an 2010.

Si l'on prend en compte la structure des dépenses de 1997, les recettes fournies par un taux de cotisations de 3% devraient suffire à financer un taux de chômage de 3,5% par année.

Pour calculer le coût financier, nous avons également pris pour base la loi sur l'assurance-chômage dans sa version en vigueur depuis le 1er janvier 1997.

B 2 Indemnités spécifiques

Avec la réforme de la LACI entrée en vigueur dans sa totalité en 1997, on a limité le paiement de prestations de type passif (indemnités versées sans exiger de contre-prestation du bénéficiaire, selon le principe d'assurance) à 7 mois (150 indemnités journalières) ou à une durée un peu plus longue pour les chômeurs âgés (250 voire 400 jours). Le versement de prestations au cours des 17 mois suivants (370 indemnités journalières spécifiques) est subordonné à la participation à des mesures actives du marché du travail. L'assurance-chômage prévoit ainsi une période relativement courte de prestations de remplacement du revenu (selon le principe d'assurance) et une période relativement longue (au total 2 ans) d'aide au réemploi (principe axé davantage sur les besoins puisque les prestations sont conditionnées). Ce système unique sur le plan international doit encore faire ses preuves. Il est trop tôt pour le remettre en cause, d'autant qu'il est prometteur quant à ses effets et qu'il repose sur un large consensus.

Les avantages sociaux et économiques sont nombreux à ce que l'AC continue de fonctionner comme un régime d'assurance sociale et ne se transforme pas en système de transfert de revenus sous condition de ressources. Environ 60% des chômeurs quittent l'AC dans les six mois et peuvent ainsi compter sur un revenu de substitution adéquat lors de leur recherche d'emploi. Les prestations des sept premiers mois d'indemnisation ne devraient de ce fait pas subir de modification par rapport au système actuel.

Ce sont les prestations à partir du 8e mois (indemnités spécifiques) qui doivent être examinées, de manière à réduire le risque de chômage de longue durée.

Selon l'étude de l'OCDE sur l'emploi, les prestations d'assurance-chômage peuvent avoir un effet important sur l'offre de main-d'œuvre en allongeant la recherche d'emploi, ou en créant une contre-incitation à prendre un emploi ou à améliorer ses qualifications. Ces effets sont d'autant plus importants que l'économie subit des transformations structurelles en profondeur. La disparition d'emplois bien rémunérés des secteurs productifs dans l'industrie et la construction et la création d'emplois moins productifs et donc moins bien rémunérés dans le secteur tertiaire exige notamment des travailleurs peu qualifiés une adaptation rapide de leurs exigences salariales et professionnelles pour retrouver un emploi.

Les éléments du système d'indemnisation du chômage qui vont influer sur la décision de prendre un nouvel emploi sont le taux de remplacement du revenu et la durée maximale de versement des prestations. L'ampleur de l'effet d'aléa moral est cependant controversée.

La détermination idéale de ces deux paramètres est difficile. Elle relève du domaine politique¹².

La *dégressivité des indemnités* est un instrument économique d'incitation pour qu'un chômeur s'efforce de retrouver plus rapidement un emploi. La dégressivité des indem-

¹² Les évaluations économétriques des effets de ces deux paramètres sur le taux de chômage montrent en général que la durée maximale joue un rôle plus important sur le niveau du chômage que le taux de remplacement. Voir par exemple Graafland, J. (1996), *Unemployment benefits and employment: A review of empirical evidence*, in: *Occasional papers on social security*, July 1996, ISSA.

nités consiste en une réduction des indemnités à partir de certains laps de temps. Il s'en suit une perte de revenu toujours plus importante par rapport au salaire qui pourrait être obtenu sur le marché. La dégressivité, qui rend le chômage moins attractif pour ceux qui seraient tentés de le choisir, se justifie économiquement en premier lieu parce qu'elle incite le chômeur à adapter ses prétentions aux conditions du marché après une durée infructueuse de recherche d'emploi. En tenant compte de ce signal suffisamment tôt, le chômeur peut aussi éviter de prolonger inutilement sa recherche d'emploi, et mettre ainsi un terme à la dépréciation de son capital humain.

La LACI a connu un tel système au moment de son entrée en vigueur en 1984. Une réduction de 5% des prestations survenait après 85 indemnités, une seconde réduction de 5% après 170 indemnités. Cela pouvait se justifier alors par la situation de pénurie sur le marché du travail. En raison de la situation de chômage prononcé et persistant sur le marché du travail, le Parlement a aboli cette mesure en 1993.

La question de sa réintroduction a été discutée au moment de la révision partielle de la LACI en 1995. Le Conseil National a rejeté cette proposition, jugeant que les nouvelles mesures de la LACI (par ex. l'obligation de participer à des mesures actives pour bénéficier d'indemnités spécifiques ou la nouvelle définition du travail convenable) constituaient autant d'incitations à la réintégration rapide des chômeurs.

B 3 Indemnités pour réductions de l'horaire de travail (RHT)

Le but de la réglementation des réductions de l'horaire de travail (RHT) est de sauvegarder, par le biais d'une aide temporaire, des emplois compétitifs à long terme passagèrement menacés par une phase de faiblesse conjoncturelle. Les dépenses de l'AC à ce titre pour 1997 sont estimées à 260 millions de francs. Elles avaient atteint un sommet de 770 millions en 1993.

Le système des RHT doit être suffisamment attractif pour inciter les entreprises à théauriser leur main-d'œuvre, quitte à dédommager celles qui auraient théaurisé de toute manière, sans pour autant subventionner indûment des entreprises en difficulté et freiner ainsi le changement structurel nécessaire à la prospérité de l'économie à moyen terme.

Les effets des RHT pour les périodes 1981-83 et 1991-93 ont été évalués dans une étude qui a abouti aux résultats suivants¹³:

- environ 60% des entreprises bénéficiaires des RHT n'ont pas théaurisé de la main-d'œuvre mais ont retardé la réduction de leur personnel grâce aux indemnités;
- environ 30% des entreprises bénéficiaires ont théaurisé grâce aux indemnités;
- environ 10% des entreprises bénéficiaires auraient théaurisé de toute façon.

Les RHT ont principalement contribué à atténuer le changement structurel en agissant comme un plan social extérieur à l'entreprise. Ce faisant, l'avantage pour les salariés

¹³ Hollenstein et Marti (1996), *Auswirkungen der Kurzarbeitszeitregelung auf das Beschäftigungsverhalten der Schweizer Industrie. Eine Analyse anhand von Firmendaten für die Rezession von 1981/83 und 1991/93*, in: *Beiträge zur Arbeitsmarktpolitik*, Nr. 8. Berne: OFIAMT.

n'est pas négligeable par rapport à une situation de chômage: ils sont dans une situation plus favorable pour rechercher un nouvel emploi et ils préservent leur capital humain par la poursuite de leur activité professionnelle, même réduite. Il est possible que l'économie entière en profite, tout comme l'AC qui devrait sinon supporter des dépenses plus importantes sous forme d'indemnités journalières.

A cela s'ajoute que les RHT ont joué leur rôle dans presque un tiers des cas et que la rente implicite dont ont bénéficié 10% des entreprises bénéficiaires est difficile à réduire. Le bilan global du système des RHT est ainsi positif. Il ne constitue en outre pas une réelle menace à l'ajustement structurel, pour autant que la limitation de la durée de versement des prestations RHT et le délai de carence soient suffisamment restrictifs. Cela est impératif pour limiter l'inconvénient lié au fait que dans une majorité des cas, les emplois finissent par être perdus et qu'un report trop important de l'ajustement structurel finirait par aggraver le problème du chômage.

En juin 1997, le Conseil fédéral a augmenté la durée maximale des RHT de 12 à 18 mois, jusqu'en juin 1998. Cette extension des prestations devrait augmenter les dépenses de l'AC de 0,1% (sans tenir compte des effets de décharge des indemnités chômage). Cette mesure déjà réalisée peut être interprétée comme mesure d'extension des prestations de la RHT comme le Conseil fédéral l'a mentionné dans son mandat à IDA FiSo 2.

La réglementation des RHT doit être adaptée en fonction du déroulement du cycle conjoncturel. Il faudrait tenir compte de la position de l'économie sur le cycle et de la durée de celui-ci, les prestations devant être d'autant plus généreuses au début du retournement conjoncturel et lorsque la récession se creuse, puis se stabiliser après une certaine période et enfin devenir plus restrictive lorsque la conjoncture repart. C'est le contexte conjoncturel qui doit déterminer la réduction ou l'extension des prestations des RHT.

B 4 Indemnités en cas d'intempérie

Les dépenses pour indemnités en cas d'intempérie sont estimées à 50 millions en 1997. Les dépenses en cas d'intempérie fluctuent également selon l'état de la conjoncture, toutefois moins fortement que les autres dépenses de l'AC. Elles ne représentent en 1997 plus qu'un pour-cent des dépenses de l'AC, contre 6% en 1990.

Le principe même de cette assurance qui prévoit la compensation des manques à produire directement imputables aux conditions météorologiques est discutable. Comme seules certaines branches peuvent bénéficier de cette assurance, il apparaît de moins en moins justifié qu'elle soit financée par l'ensemble de l'économie et des salariés. Le mauvais temps est un risque d'entreprise calculable, au même titre que l'incendie ou la grêle. Cette indemnité s'apparente donc essentiellement à une subvention au secteur du bâtiment et des travaux publics. D'autres pays aux hivers rigoureux n'appliquent pas ce genre de dispositif. L'OCDE est d'avis¹⁴ qu'il serait préférable d'abandonner cette assurance ou de la financer différemment en faisant participer davantage les entreprises bénéficiaires.

¹⁴ par exemple OCDE (1996) Etudes économiques de l'OCDE, Suisse. Paris: OCDE.

Comme cette assurance peut jouer un certain rôle dans le maintien de structures économiques sur le plan local, son abolition soudaine aurait des répercussions économiques et sociales relativement importantes dans certaines régions. Il faudrait donc compter avec des reports de charge sur d'autres prestations de l'AC. C'est pourquoi il a été renoncé jusqu'ici à l'abolition de cette assurance. Mais elle a subi un traitement restrictif au cours de la dernière révision de la LACI.

Si à court terme, l'abolition des prestations en cas d'intempéries ne permettait pas à l'assurance-chômage d'épargner le montant total des dépenses (env. 60 millions en 1996) en raison des transferts de charge, à long terme, la suppression de ces „subventions“ serait un signal pour les secteurs concernés qu'une adaptation de leur outils de production est incontournable. On peut donc tirer la conclusion qu'une épargne nette de 35 millions de francs pourrait être réalisée avec une abolition de l'indemnité en cas d'intempérie.

B 5 Réduction de la durée maximale des prestations de 520 à 400 jours

Selon la loi actuelle sur l'assurance-chômage (LACI), les assurés ont droit à 520 jours d'indemnité au maximum pendant la totalité du délai cadre des prestations de deux ans. Les indemnités comprennent les indemnités normales (qui dépendent de l'âge) et les indemnités spéciales (qui sont subordonnées à l'application de mesures relatives au marché de l'emploi). Les assurés qui ne peuvent pas bénéficier de mesures ont droit à des indemnités spéciales à titre compensatoire, de sorte que la quasi-totalité des assurés peut épuiser le droit à 520 jours d'indemnités.

Le groupe IDA FiSo 2 a fait faire une étude¹⁵ dont le but était d'examiner les effets financiers d'une telle réduction de la durée maximale des prestations. Dans l'hypothèse d'un taux de chômage de 2,5% à long terme, les dépenses de l'assurance-chômage diminuent de 4,8% ou de 150 millions de francs en l'an 2010¹⁶. Par contre, l'aide cantonale aux chômeurs et l'aide sociale enregistrent une charge supplémentaire à hauteur d'un tiers des économies réalisables. Cet effet de transfert ne sera cependant plus pris en compte ci-après, en autres parce que ces coûts ne tombent plus dans le domaine des assurances sociales fédérales.

Si on admet un taux de chômage à long terme de 3,5%, cette mesure se traduit, pour les dépenses de l'assurance-chômage, par une réduction de 6,6% ou 290 millions de francs en l'an 2010 tandis que celles des aides cantonales aux chômeurs et de l'aide sociale enregistrent ici également une hausse correspondant à un tiers des économies.

Ces répercussions financières ne tiennent pas compte d'éventuelles modifications du comportement des chômeurs qui tendent, vers la fin de la période ouvrant le droit aux prestations, à intensifier leurs recherches d'un emploi ou qui sont mieux disposés à ac-

¹⁵ BASS (Bureau d'étude spécialisé dans la politique sociale et du travail) (1997), Répercussions de modifications des prestations dans l'assurance-chômage. Publication en préparation.

¹⁶ Ce potentiel d'épargne ne correspond pas aux chiffres qui figurent dans le Programme de stabilisation 1998 pour les mesures correspondantes. Ceci s'explique par le taux de chômage de 5% sur lequel se fonde le Programme de stabilisation 1998. L'effet d'épargne d'une réduction de la durée des prestations est par conséquent logiquement plus marqué.

cepter un emploi moins bien adapté à leur profil (aléa moral). L'importance de ce dernier effet cité est sujet à controverse¹⁷.

B 6 Réduction de la durée maximale du droit aux indemnités, de 520 à 200 jours, pour les personnes libérées des conditions relatives à la période de cotisation

Certaines catégories d'assurés sont libérées des conditions relatives à la période de cotisation. Ces assurés ont également droit aux prestations pendant 520 jours. Les raisons de la libération des conditions relatives à la période de cotisation sont notamment les suivantes: la formation scolaire, la maladie, la maternité ou le séjour dans un établissement de détention.

La réduction de la durée de l'indemnité de chômage pour ces catégories d'assurés à 200 jours (soit à la moitié de la durée proposée pour les autres bénéficiaires) se justifie du fait que les premiers n'ont pas versé de cotisations. Il est très difficile de chiffrer l'éco-nomie réalisée par cette mesure, car nous ne disposons pas actuellement des données nécessaires pour en effectuer le calcul (les personnes libérées des conditions relatives à la période de cotisation ne peuvent profiter d'une prolongation du droit aux prestations de 170 à 520 jours que depuis le début de l'année 1997). On se base sur une somme de 30 millions de francs pour l'an 2010¹⁸.

B 7 Réduction de la durée des prestations, de six à trois mois, en cas d'insolvabilité

L'indemnité en cas d'insolvabilité a pour but de couvrir les créances de salaires des travailleurs et des travailleuses dont l'employeur est devenu insolvable et envers lequel ils ont des créances de salaire en souffrance. La réduction de la durée du paiement de l'indemnité de six à trois mois entend empêcher que les travailleurs renoncent à faire valoir leurs arrérages de salaires à l'égard d'un employeur insolvable pendant plus de trois mois, parce qu'ils savent que l'assurance-chômage couvre la totalité de leurs créances pendant six mois.

Une réduction de l'indemnité en cas d'insolvabilité à trois mois paraît justifiée si l'on tient compte du privilège dont jouissent les créances de salaire dans la poursuite et la faillite et de la possibilité pour les travailleurs d'exiger des sûretés pour garantir leurs prétentions contractuelles (art. 337a CO).

Cette mesure permettrait de réaliser une économie de 42 millions de francs¹⁹.

¹⁷ Cf. BASS (1997), p. 13 ss.

¹⁸ Estimation fondée sur la structure valable pour 1997, extrapolée pour l'année 2010.

¹⁹ Estimation fondée sur la structure valable pour 1997, extrapolée pour l'année 2010.

B 8 Nouvelle réglementation de la limite de „surindemnisation“ en cas de retraite anticipée non volontaire

Depuis l'entrée en vigueur de la deuxième révision partielle de la LACI, l'indemnité de chômage versée en cas de retraite anticipée non volontaire, ajoutée aux prestations de vieillesse de la prévoyance sociale et à un éventuel salaire accessoire, ne doit pas dépasser 90 % du revenu assuré.

La nouvelle réglementation proposée entend éviter que les personnes qui doivent prendre une retraite anticipée ne soient mieux traitées que les autres chômeurs. Cela signifie que l'indemnité de chômage, ajoutée aux prestations de vieillesse ne doivent pas excéder 70/80 % du revenu assuré, ou, en d'autres termes, que les prestations de vieillesse de la prévoyance professionnelle doivent être déduites de l'indemnité de chômage. Ce mode de calcul s'étend aussi aux indemnités journalières versées par l'assurance-maladie, l'assurance-accidents et l'assurance militaire, ainsi qu'aux allocations du régime des APG.

Cette mesure permettrait de réaliser une économie de 8,5 millions de francs²⁰.

B 9 Passage d'un système de rémunération sous forme de salaire au versement d'une indemnité lors de l'application de programmes d'occupation

Selon la réglementation actuelle, les personnes qui sont au bénéfice de mesures d'occupation reçoivent un salaire pour leur travail conformément aux critères habituels définis par le CO. Pendant la durée du programme d'occupation, le versement des indemnités de chômage est suspendu (à moins que l'assuré n'ait droit à des versements compensatoires, parce que le salaire est inférieur à la limite de ce que l'assuré peut raisonnablement exiger). Le concept de l'indemnité liée au programme d'occupation entraînerait un changement de système. L'assuré continuerait à toucher une indemnité et non pas un salaire.

Pour les chômeurs dont le gain assuré est peu élevé, le changement de système peut entraîner une péjoration de la situation par rapport à la réglementation actuelle. D'autre part, le système des indemnités exclut les paiements compensatoires aux assurés qui, en vertu de la réglementation actuelle, touchent durant le programme d'occupation un salaire qui n'est pas adapté à ce qu'ils pourraient raisonnablement exiger.

Du fait du passage d'un système de salaire à un système d'indemnités, les assurés qui suivent un programme d'occupation ne toucheront plus une rémunération pour leur travail, mais une indemnité journalière. La rétribution des chômeurs pendant le programme d'occupation ne dépendra plus de l'âge, des qualifications et de l'expérience professionnelle, mais du montant de l'indemnité à laquelle ils ont droit.

En optant pour le concept d'une rémunération liée au salaire, le législateur a voulu créer des rapports de travail aussi proches de la réalité que possible tant pour les participants aux programmes d'occupation que pour l'organisateur de tels programmes. Il faut pour-

²⁰ Estimation fondée sur la structure valable pour 1997, extrapolée pour l'année 2010.

tant admettre que les participants continuent à se considérer comme des chômeurs étant donné qu'il s'agit d'une solution provisoire dans l'attente d'une réintégration sur le marché de l'emploi.

Les deux systèmes présentent des avantages et des inconvénients. Le concept de la rémunération sous forme de salaire permet à celui qui propose un programme d'occupation de se trouver dans le rôle d'un employeur dans des conditions aussi proches de la réalité que possible. Il permet aussi d'appliquer le principe qui veut que „à travail égal, salaire égal“. Un inconvénient majeur du système de rémunération au salaire réside dans le fait que les assurés dont le comportement n'est pas conforme à la loi sur l'assurance-chômage ne peuvent pas être sanctionnés dans leur droit, parce qu'on ne peut pas toucher au salaire versé en vertu du CO. Le système lié au versement d'une indemnité journalière permet de réaliser des économies importantes et simplifie l'application de la loi. On peut chiffrer ces économies, pour quelque 15'000 postes d'occupation, à près de 156 millions de francs²¹.

B 10 Réduction des taux de subvention pour les mesures relatives au marché de l'emploi

Les organisateurs de mesures relatives au marché de l'emploi peuvent faire valoir les frais auxquels ils doivent faire face. Il y a lieu de réduire quelque peu les taux maximums des subventions pour les mesures de formation, les programmes d'occupation et les stages professionnels, ce qui permettrait d'économiser environ 24 millions de francs²².

B 11 Autres mesures

Au cours de ses travaux, IDA FiSo 2 a discuté plusieurs autres mesures qui n'ont finalement, pour différents motifs, pas trouvé place dans les modules et paquets de prestations. Il s'agit des mesures suivantes:

- réduction du montant des indemnités journalières (actuellement 70% à 80% du gain assuré);
- dégression des indemnités journalières (le montant de l'indemnité est réduit après un certain temps);
- réduction du montant maximum du gain assuré (l'abaissement de la limite s'applique au calcul des prestations uniquement, et non à l'obligation de cotiser);
- prolongation du délai de carence avant le versement des prestations (actuellement 5 jours);
- prise en compte du revenu du/de la partenaire pour le calcul de l'indemnité (le groupe de travail s'est expressément prononcé contre une telle mesure);
- retraite anticipée avec le concours de l'assurance-chômage (cette mesure, en raison de ses modalités concrètes surtout, s'est heurtée au scepticisme du groupe de travail).

²¹ Estimation fondée sur la structure valable pour 1997, extrapolée pour l'année 2010.

²² Estimation fondée sur la structure valable pour 1997, extrapolée pour l'année 2010.

C Assurance-maladie

Le système actuel de l'assurance-maladie se distingue en des points essentiels d'autres assurances fédérales. D'abord, son fonctionnement est régi principalement par l'interaction d'acteurs privés, échappant ainsi à un contrôle centralisé de l'Etat. Ensuite, il ne suit pas les règles du libre marché étant donné que la santé est un bien spécial sur lequel les principaux mécanismes du marché n'ont pas de prise. De ce fait, une ingérence directe de l'Etat n'est que partiellement possible et significative. Par ailleurs, les mesures visant à réduire les coûts sont souvent des mesures structurelles, censées modifier les mécanismes du système de façon à fournir les prestations nécessaires à un moindre coût.

En matière d'intervention publique, les cantons ont une plus grande marge de manœuvre que la Confédération. Conformément à la répartition des attributions ancrée dans la constitution, c'est aux cantons qu'incombent les compétences en matière de santé publique. Cette compétence concerne aussi bien l'autorisation que la restriction de l'exercice d'une activité à la charge de l'assurance-maladie. L'autorisation de pratiquer est réglée par la LAMal, mais celle-ci ne dit rien sur la restriction de cette autorisation. Cela dit, certains cantons devraient, pour pouvoir intervenir dans ce domaine, adapter leur législation. Pour des motifs de politique sociale, des restrictions de la liberté du commerce et de l'industrie dans le sens d'une limitation de l'exercice d'activités professionnelles sont possibles en se fondant sur une base légale cantonale, et notamment lorsque, par la nature des choses, seul un nombre limité d'autorisations d'exercer est possible (cf. ATF 117 I¹ 394 s.).

Schématiquement, le système actuel de l'assurance-maladie présente quatre caractéristiques essentielles:

Premièrement: une large liberté d'appréciation en matière de diagnostic et de traitement. D'une part, l'évaluation objective du risque qui entraîne la mise en œuvre d'une prestation médicale a des limites, d'autre part, les prestations nécessaires au traitement ne sont guère standardisées. De ce fait, la latitude de l'assuré pour la demande de prestations et la marge d'appréciation du fournisseur de prestations pour l'offre de traitements sont très grandes.

Deuxièmement: le découplage de la demande et de l'offre de prestations du financement de celles-ci. L'assurance-maladie stipule les principes du libre choix du traitement - pour autant que le traitement soit efficace, adéquat et à caractère économique (art. 32 et 56 LAMal) - et du remboursement des coûts. Dans le cadre des prestations de l'assurance de base, le médecin est donc libre d'appliquer les diagnostics et les traitements de son choix, et les assureurs sont tenus d'en supporter les coûts. Au moment du traitement, le patient et le médecin ne sont soumis à aucune "restriction budgétaire"²³. Ils peuvent donc choisir librement les types de diagnostic et de traitement qui leur semblent appropriés, indépendamment de leur coûts²⁴.

²³ A l'exception du système dit de Managed Care, voir point C3.

²⁴ Schütz S. (1996), "Formes d'assurance traditionnelles et nouvelles: où se situe la différence?",

Troisièmement: l'absence quasi totale de concurrence (au niveau des prix) entre les fournisseurs de prestations. Les fournisseurs de prestations ne se livrent qu'une concurrence marginale en matière de prix (par ex. dans le domaine des soins, des mesures de réhabilitation, dans le secteur hospitalier). La concurrence au niveau de la qualité est elle aussi très restreinte, dès lors que les assurés ne disposent pas d'étalons pour en juger. Dans le secteur ambulatoire, un fournisseur de prestations - pour autant qu'il puisse faire valoir une formation adéquate - a le droit de pratiquer à la charge de l'assurance-maladie dans le cadre des conventions tarifaires existantes et aux prix qui y sont fixés. Dans le secteur hospitalier, les cantons établissent dans leurs planifications quels établissements publics et privés sont autorisés à fournir des prestations à la charge de l'assurance-maladie. Les tarifs sont fixés sur la base des coûts "imputables".

Quatrièmement: pas de prise en charge intégrale des coûts par l'assureur pour les traitements dispensés dans les hôpitaux publics. Selon la LAMal, les assureurs-maladie doivent assumer au maximum 50% des coûts d'exploitation imputables pour la division commune des hôpitaux publics. La différence et tous les autres coûts (y inclus les investissements) doivent être supportés par les pouvoirs publics sous forme de subventions.

Ces quatre traits distinctifs du système de l'assurance-maladie induisent un certain nombre d'*effets tout à fait positifs*. Indépendamment de leur situation financière, les assurés peuvent choisir librement leur fournisseur de prestations (et partant, un certain niveau de qualité). Quant aux fournisseurs de prestations, ils sont libres - dans certaines limites - de fournir le traitement qu'ils jugent adapté. L'accès aux prestations médicales indiquées est donc garanti pour tous, quels que soient les coûts. D'un autre côté, les *aspects négatifs* sont indéniables: du côté des assurés, les caractéristiques décrites plus haut induisent notamment une demande accrue (aléa moral). Vu la large marge d'appréciation des fournisseurs de prestations et vu l'absence de concurrence, l'augmentation du nombre de fournisseurs, plutôt que d'entraîner une baisse de prix et l'éviction du marché des fournisseurs non rentables, a pour effet de générer une offre accrue de prestations chères et superflues.

Certains arguments parlent en faveur d'une telle *demande induite par l'offre*: les connaissances plus importantes du fournisseur de prestations par rapport à ses patients²⁵ comme l'intérêt économique qu'il a de maximiser ses revenus et d'exploiter au maximum des capacités disponibles peuvent déboucher sur un accroissement des prestations²⁶. Et le patient, en sa qualité d'assuré, ne doit pas supporter lui-même les coûts supplémentaires, d'autant plus qu'il ne peut décider que rarement quelle quantité il peut "acheter" à un prix donné²⁷. Certaines différences observées dans la demande de prestations entre

Sécurité sociale 4/1996, pp. 200-204.

²⁵ OCDE (1995), Les nouvelles orientations de la politique de santé, Etudes de politique de santé No. 7. Paris: OECD.

²⁶ Feldmann, R., Morrisey, M.A. (1990), "Health Economics: A report on the field", Journal of Health, Politics, Policy and Law, 15.

²⁷ Ellis R. P., McGuire T. G. (1993), "Supply-side and demand-side cost sharing in health care",

régions ou entre fournisseurs de prestations peuvent être attribuées à des disparités culturelles (par ex. psychothérapie, médecine complémentaire, cures balnéaires). Cela dit, ces différences ne peuvent pas être expliquées entièrement par les disparités des besoins des patients²⁸. Il ressort d'une enquête menée auprès des médecins suisses que 70% de ceux-ci estiment que la thèse d'une demande induite par l'offre est probable, voire établie²⁹. Une telle demande induite par l'offre diminue la qualité des traitements (chaque traitement superflu réduit en outre la qualité de vie) et augmente les coûts.

Les mesures de réduction des coûts interviennent à différents échelons du système, en modifiant les caractéristiques décrites plus haut. Dans son mandat du 23 septembre 1996, le Conseil fédéral donne à évaluer les deux paramètres suivants: les changements structurels dans l'établissement du catalogue des prestations et l'introduction de restrictions concernant les autorisations accordées aux fournisseurs de prestations.

C 1 **Changements structurels dans l'établissement du catalogue des prestations**

Le Conseil fédéral place au centre du débat non pas la révision des prestations actuellement remboursées dans le cadre de l'assurance sociale, mais la manière de les évaluer. Il s'agit en l'occurrence d'examiner dans quelle mesure la procédure actuelle est adéquate sous l'angle d'une couverture médicale suffisante et économique, et quelles améliorations pourraient être apportées, le cas échéant.

Il serait certes possible de réduire les coûts *en fixant de façon plus restrictive les prestations remboursables*, et notamment en excluant les prestations non économiques. Mais avec cette mesure, des prestations appropriées risquent de ne pas être reconnues, ou reconnues avec retard seulement, comme des prestations obligatoirement à charge des caisses-maladie. Il pourrait s'ensuivre que la situation économique du patient devienne déterminante pour le traitement.

Comment serait-il possible de modifier la fixation des prestations à rembourser par l'assurance-maladie sociale? Aujourd'hui, la tâche de déterminer les prestations obligatoires à la charge de l'assurance-maladie est confiée à des commissions chargées de conseiller le Conseil fédéral ou le département. A partir de 1998, ces commissions d'experts se répartiront l'examen des différents domaines: prestations médicales contestées, médicaments, analyses, et moyens et appareils. Une commission des principes de l'assurance-maladie les aide dans cette tâche. Les commissions travaillent selon le système de milice; leurs membres reçoivent les indemnités et frais habituels fixés par la réglementation fédérale. Les travaux préparatoires et le secrétariat, à l'exception de la commission des analyses, sont assumés par l'administration. La LAMal a également introduit un examen périodique des prestations remboursées jusqu'ici.

Journal of Economic Perspectives, Vol. 7, Number 4.

²⁸ Voir les travaux de Wennberg, cit. dans Sommer (1992), Health Maintenance Organizations, Erwartungen und Erfahrungen in den USA, Diessenhofen: Verlag Rüegger, et OCDE (1995), op. cit.

²⁹ Domenighetti G. et al. (1997), "Kontrolle und Finanzierung der Gesundheitskosten in der Schweiz", Schweizerische Aerztezeitung, 14.5.1997.

Deux variantes peuvent être envisagées, tant pour l'examen des prestations contestées que pour la revue des prestations remboursables:

Variante 1: *création d'une agence scientifique nationale chargée de l'évaluation.* Elle devrait être indépendante de l'administration, des assureurs et des fournisseurs de prestations. Une telle agence nécessiterait un investissement certain en infrastructure et en personnel, qu'elle soit créée sur le modèle d'une petite équipe chargée d'attribuer des mandats externes à des spécialistes, ou sur celui d'un groupe plus large capable de traiter lui-même la plus grande partie des dossiers d'évaluation. De tels modèles existent en Amérique du Nord notamment et pourraient être étudiés quant à leur fonctionnement et aux coûts qu'ils engendrent. Soulignons toutefois que les décisions de ces agences, dans le système des Etats-Unis en tout cas, sont guidées en premier lieu par un souci de rentabilité des prestations. En Suisse, la décision d'admettre une prestation dans l'assurance-maladie sociale (aux Etats-Unis: Medicare, Medicaid) devrait porter d'autres accents. Par ailleurs, les décisions de l'agence scientifique américaine sont prises dans un contexte très sensible aux prix et ne concernent pas tout le marché, alors que, prises par une organisation similaire en Suisse, ces mêmes décisions déboucheraient, vu le marché contrôlé et l'absence de concurrence entre fournisseurs, sur une offre protégée, avec ses effets bien connus. Une forte pondération des prix des prestations impliquerait en Suisse un changement de fond en comble du système. Pour créer une telle institution, il faudrait créer une base légale et adapter en conséquence la LAMal et l'OAMal.

Variante 2: au lieu d'être faite par l'OFAS lui-même, *l'évaluation périodique des prestations prévue dans la loi pourrait être confiée à des tiers.* Dans ce cas, il faudrait au préalable définir très précisément les critères d'évaluation à utiliser. Les deux variantes nécessitent un renforcement en personnel du secrétariat des commissions et l'allocation de moyens financiers supplémentaires. Mais elles ne commandent pas d'adaptations des bases légales. Au cas où la fixation plus restrictive des prestations devrait avoir pour conséquence une baisse des coûts, il y aurait lieu d'ancrer cet objectif au niveau politique et d'établir la procédure.

Les deux propositions visent à donner plus de poids aux critères scientifiques dans le processus de décision en matière d'admission des prestations face aux arguments politiques qui pourraient émaner d'une commission composée selon des critères politiques. Leur désavantage réside dans les coûts plus élevés par rapport au statu quo.

La procédure actuellement en place est une procédure minimale qui, de ce fait même, subit certaines critiques. Ces dernières se fondent sur l'argument qu'un investissement plus important dans le domaine de l'évaluation, en particulier dans l'évaluation périodique des prestations (mandat selon l'art. 32, 2e al. LAMal), serait un investissement rentable à moyen terme au plan économique.

Des calculs faits dans le cadre de l'évaluation des prestations à l'intention de la Commission fédérale des prestations donnent à conclure que, en évaluant périodiquement les prestations remboursées par les caisses-maladie (évaluation prescrite par l'art. 32, 2e al.

LAMal) et en excluant systématiquement les prestations non économiques, il est possible de réduire les coûts dans l'assurance-maladie. Il faut ici relever la composante politique de telles décisions: l'exclusion de prestations ne devrait jamais être une décision purement médicale (par ex. ultrason, mammographie, dépistage d'une dysplasie de la hanche chez le nouveau-né).

C 2 Augmentation de la participation aux coûts

Une autre tentative de réduire les coûts consiste à resserrer la corrélation entre demande de prestations et financement du côté des assurés par une participation plus élevée. Différents modèles, parfois combinés, existent d'ores et déjà en Suisse et dans d'autres pays d'Europe: franchise, quote-part, montant forfaitaire par cas de maladie, ou encore des modèles dynamiques comme l'assurance avec bonus qui fait dépendre le montant des primes du recours antérieur à des prestations médicales. Dans de nombreux pays de l'OCDE³⁰, la participation aux coûts varie selon le type de prestation (par ex. consultation, séjour hospitalier, médicaments) et certaines catégories de personnes (par ex. les malades chroniques) en sont exemptées.

Le relèvement de la participation aux coûts, pour autant qu'il soit suffisamment élevé, entraîne une *réduction de la demande*, partant, une baisse des coûts dans l'assurance de base, à court terme tout du moins. Selon des estimations faites aux Etats-Unis, la demande recule de 13% lorsque la participation aux coûts est relevée de 15 à 25%³¹. Pour la Suisse, Leu et Sommer³² ont estimé qu'une participation de 50% ferait reculer la demande de moitié. Les études RAND menées aux Etats-Unis dans les années 70 ont encore montré que le recul de la demande était d'autant plus important que la situation économique des ménages était modeste (pour autant que la participation aux coûts n'était pas échelonnée en fonction de la situation économique des assurés). La question demeure ouverte de savoir si ces effets traduisent des changements de comportement durables ou passagers.

Un relèvement de la participation aux coûts ne conduit pas à un report de coûts. Il a au contraire pour effet une diminution des coûts de la santé, pour autant que la demande soit durablement réduite. Toutefois, la question de la participation aux coûts et des effets correspondants sur l'évolution des coûts dépend avant tout de l'élasticité de la demande et nécessite de ce fait une analyse économique approfondie de l'ensemble du marché. Les données sur l'élasticité de la demande dans le domaine de la santé livrées par les études existantes ne peuvent être, la plupart du temps, transposées telles quelles à la situation suisse.

Sur la base de réflexions théoriques, on peut compter qu'une hausse de la quote-part de l'assuré (présentement fixée à 10%) serait plus efficace qu'une hausse de la franchise. En effet, un accroissement de la quote-part aurait un effet direct sur le coût marginal de la santé tel qu'il est perçu par l'assuré et conduirait nécessairement à une réduction de la demande de la part de l'assuré moyen (effet de substitution). Une hausse des franchises,

³⁰ voir OCDE (1995), op. cit.

³¹ Newhouse (1992), cit. selon OCDE (1995), op. cit.

³² Sommer J. H., Leu R. E. (1984), *Selbstbeteiligung in der Krankenversicherung als Kostenbremse?* Diessenhofen: Verlag Rüegger.

par contre, n'a guère d'effet sur l'assuré moyen dont la consommation de services de la santé dépasse largement la franchise.

Les données tirées de l'analyse de nouvelles formes d'assurance³³ montrent cependant qu'une franchise supérieure influence aussi les coûts: les coûts par assuré tendent à diminuer à mesure que la franchise augmente, et cela en excluant les différences de coûts liées au risque³⁴.

Coûts par assuré (corrigés des variations dues au risque)³⁵

	<i>en francs</i>	<i>en % des coûts de l'assuré traditionnel</i>
<i>Assuré traditionnel</i>	1'320	100%
<i>Franchise de 350.--</i>	1'200	91%
<i>Franchise de 600.--</i>	1'080	82%
<i>Franchise de 1'200.--</i>	820	62%

Alors que les coûts pour les deux premières franchises ne s'écartent pas de manière significative de ceux de l'assuré traditionnel, on remarque que ceci est le cas pour le troisième niveau. Ce résultat tend à montrer qu'une participation aux coûts doit être fixée assez haut si l'on veut qu'elle induise une baisse sensible de la demande. Il faut ici tenir compte que la structure des effectifs de ces nouvelles formes d'assurances s'avère précisément exceptionnellement avantageuse dans la phase de transition observée.

Une augmentation de la participation aux coûts a pour effet une nouvelle *répartition des coûts*. Selon le montant de la participation et le recul consécutif de la demande, les coûts moyens par assuré pourront baisser. Mais les personnes dont les coûts de santé sont élevés seront déchargées dans une moindre mesure, voire pénalisées. Pour les personnes économiquement défavorisées, cela peut aussi impliquer qu'une éventuelle surcharge doive être compensée par les prestations complémentaires ou par l'aide sociale.

Quant aux effets d'une augmentation de la participation aux coûts sur *l'état de santé*, ils n'ont pu être pour l'heure ni clairement confirmés, ni clairement infirmés³⁶. Une augmentation pourrait avoir pour effet de retarder le dépistage ou le traitement de maladies, en particulier chez les personnes de condition modeste, ce qui occasionnerait à nouveau des coûts supplémentaires. Il faut si possible renforcer la prévention primaire.

³³ OFAS (éd.): Rapport de synthèse sur l'évaluation de nouvelles formes de l'assurance-maladie. (Publication en préparation).

³⁴ Les facteurs suivants ont été contrôlés: occurrence de maladies et handicaps chroniques, état de santé subjectif et différentes caractéristiques socio-démographiques.

³⁵ Coûts moyens pour l'assuré traditionnel, coûts moyens corrigés des variations dues au risque pour l'assuré payant une franchise plus élevée.

³⁶ Etude RAND.

Les expériences faites dans divers pays montrent toutefois que *les effets de l'augmentation de la participation aux coûts sur les coûts globaux de la santé publique sont très limités*. Grossso modo, ce que l'assureur-maladie paie en moins, l'assuré paie en plus. En France, la participation aux coûts est couverte pour l'essentiel par des assurances privées. En fin de compte, une participation plus élevée aux coûts influencera sans doute la décision de l'assuré de consulter un médecin, mais pas celle d'entreprendre un traitement déterminé ou un séjour hospitalier. A l'étranger, les fournisseurs de prestations ont d'ailleurs compensé le plus petit volume des prestations par un élargissement de la quantité. En outre, l'impact est faible dans le secteur hospitalier qui représente justement la majeure partie des coûts de la santé publique.

Une augmentation de la participation aux coûts - pour autant qu'elle soit suffisamment élevée - permet, on l'a vu, de réaliser des économies substantielles³⁷. Ce constat démontre bien que le potentiel d'économie dépend de la réaction de l'assuré. Or, l'ampleur de ce potentiel n'est pas conditionnée seulement par le montant de la participation aux coûts, mais aussi par d'autres facteurs, et notamment la réaction du fournisseur à une baisse de la demande. Avec une augmentation de la participation aux coûts, des effets nuisibles pour la santé et des effets indésirables de redistribution ne sont pas exclus.

En vertu de la loi sur l'assurance-maladie, la franchise, soit le montant annuel fixe que l'assuré doit payer lui-même (art. 64, 3e al. LAMal) ainsi que la contribution de l'assuré aux coûts d'un séjour hospitalier (art. 64, 5e al.) sont fixées par le Conseil fédéral. En revanche, la quote-part, qui est la part des coûts à la charge de l'assuré, est fixée à 10% des coûts qui dépassent la franchise (art. 64, 2e al., let. b).

C 3 Renforcement de la responsabilité du fournisseur de prestations quant au financement

Il existe différents modèles d'assurance permettant d'intégrer étroitement les compétences de décision et les compétences de financement des fournisseurs de prestations afin de réduire le phénomène de demande induite par l'offre.

Health Maintenance Organisation (HMO). Les assurés paient une cotisation annuelle forfaitaire (prime) pour tous les soins de santé nécessaires au cours de la période. Ils renoncent volontairement au libre choix du médecin au profit d'un réseau de médecins, d'hôpitaux et de personnel paramédical. Le membre d'une HMO doit passer par le médecin de premier recours (gate keeper) de la HMO pour accéder au spécialiste. En contrepartie, la prime est réduite et il n'est pas prélevé de participation.

Le modèle HMO évite ainsi des consultations simultanées auprès de plusieurs médecins et permet de réduire des examens médicaux superflus. Le suivi du patient et la cohérence médicale des traitements sont garantis. Le modèle HMO fait généralement participer les médecins aux bénéfices ou aux déficits de l'exercice par rapport à un budget initial, ce qui les incite à travailler économiquement et à ne pas gonfler indûment le volume des prestations. La qualité est garantie par le fait que le modèle est soumis à la concurrence et que les patients peuvent quitter la HMO.

³⁷ Leu R. E., Sommer J. H. (1984), op. cit.

Les modèles de HMO permettent de diminuer le niveau des coûts de la santé. Selon un document du Congrès américain³⁸, les HMO, en fonction depuis longtemps aux Etats-Unis, fournissent des soins de santé pour un coût inférieur d'environ 10%³⁹ à celui du système traditionnel où il y a paiement à l'acte (baisse du prix et du volume). Ce potentiel d'abaissement du *niveau* des dépenses d'environ 10% est confirmé par des études françaises portant sur les soins inutiles et la fraude⁴⁰. Cependant, comme l'indique le rapport du Congrès américain susmentionné, les dépenses des modèles HMO augmentent aux Etats-Unis à peu près au même rythme que dans les autres modèles. Les modèles HMO permettent de diminuer le niveau des dépenses de santé, mais ne contribuent pas (aux Etats-Unis) à en freiner la dynamique à la hausse.

Les résultats dont nous disposons aujourd'hui pour la Suisse font état d'une économie de 25% à 30% par rapport aux formes d'assurance traditionnelles. Toujours est-il que ces résultats sont peut-être à mettre sur le compte, en partie tout du moins, d'une sélection de risques qui n'a pu être contrôlée qu'en partie dans les comparaisons. Sur la base de la première courte expérience en Suisse, on ne sait toutefois pas comment les coûts évolueront⁴¹. Dans le cadre des essais avec les nouvelles formes d'assurance-maladie, les HMO présentent en Suisse une réduction moyenne des coûts de 20 à 25% par assuré. Ce qui équivaut aux ordres de grandeur constatés aux Etats-Unis. Mais les expériences se basent sur un très petit nombre d'assurés et sur des structures d'assurés peu représentatives.

Preferred Provider Organisation (PPO). Ce modèle est proche du modèle HMO mais est plus ouvert. Le choix d'un médecin en dehors du réseau est possible, mais les coûts seront pris en charge à hauteur des coûts qui seraient assumés dans le cadre de la PPO. Les assurés sont ainsi incités à consulter un médecin de la PPO, mais gardent leur liberté de choix. Ce modèle qui constitue une alternative pour les assurés qui ne veulent pas être enfermés dans un modèle HMO, connaît un certain succès aux Etats-Unis (en 1987, la part des assurés en HMO était de 16% et de 11% en PPO⁴²). Certaines HMO ont de ce fait introduit une option PPO pour leurs assurés.

Les mécanismes d'incitation financière n'ont pas eu l'effet escompté aux Etats-Unis⁴³; les patients ont souvent eu recours à des prestations non PPO. Ce sont notamment les patients aux coûts élevés qui ont conservé leur attaché avec leur médecin traditionnel, non PPO. De plus, les tarifs des médecins et hôpitaux PPO ont progressé plus vite que

³⁸ OCDE (1995), op. cit.

³⁹ Concerne les HMO au sens étroit. Les premières évaluations des IPA américaines montrent en effet que la performance à long terme n'est pas différente de celle des cabinets traditionnels. Les incitations financières des médecins ne réduisent pas les quantités pour les raisons suivantes selon Glaser (Glaser W. A. (1991), *Health insurance in practice – International variations in financing, benefits and problems*. San Francisco/Oxford: Jossey-Bass Publishers): la part du travail du médecin couverte par l'IPA est faible, si bien que le médecin ne change pas ses méthodes en fonction de l'IPA; Les différences de systèmes auxquels est rattaché le médecin font qu'il ne se préoccupe finalement plus que du patient et de ses besoins médicaux; la rémunération à attendre d'une participation aux éventuels bénéfices de l'IPA est mineure par rapport au reste du revenu.

⁴⁰ OCDE (1995), op. cit.

⁴¹ Les résultats de l'évaluation des nouvelles formes d'assurances par l'OFAS seront publiés en janvier 1998.

⁴² Glaser W. A. (1991), op. cit.

⁴³ Glaser W. A. (1991), op. cit.

prévu afin de les attirer dans le système. S'ajoute à ces éléments des coûts administratifs plus importants.

Ce modèle n'était pas encore réalisé en Suisse en 1996⁴⁴. Un projet bernois, abandonné depuis, prévoyait l'intégration de tous les médecins à l'exception des 20% les plus chers⁴⁵. Une variante proche du modèle PPO est présentée par le modèle "ECOPLAN": moyennant une réduction de prime, les assureurs limitent le choix des médecins de leurs assurés à ceux figurant sur une liste établie et mise à jour périodiquement en fonction de leurs tarifs avantageux, sans pour autant avoir conclu une convention avec ces médecins. En contrepartie, une réduction de prime est accordée aux assurés.

Modèle du médecin de famille. Dans ce modèle, le patient est tenu de consulter en premier recours le médecin de famille. Le médecin de famille détermine la thérapie nécessaire: médicaments, spécialiste ou hôpital. Le médecin de famille est intéressé au succès financier du modèle. Ce système permet de faire obstacle au risque subjectif qu'entraîne la possibilité de consulter un médecin ou un spécialiste à sa guise pour la même pathologie, et assure plus de cohérence au dossier médical concentré dans les mains d'une seule personne.

Pour éviter le risque d'un mauvais choix de médecin par l'assuré, certains modèles permettent aux patients de demander un deuxième avis, moyennant une participation aux frais. Dans certains modèles, l'assureur peut exiger un deuxième avis lorsque le traitement prescrit par le médecin de famille risque d'être coûteux.

Ce modèle est en forte expansion en Suisse (20'000 assurés environ en 1996). "Wintimed" rémunère les médecins à l'acte selon le tarif cantonal. Ils participent aux bénéfices ou aux déficits du modèle jusqu'à concurrence de 10'000 francs par médecin. Le modèle "Pionnier" prévoit une rémunération forfaitaire échelonnée selon le sexe et l'âge des assurés affiliés (budget), avec participation des médecins aux excédents de recettes. Les coûts des prestations externes ne sont pas portés à la charge du médecin.

De véritables examens et évaluations de ces modèles font encore défaut en Suisse. Une évaluation faite par Wintimed fait état d'une *économie* d'environ 20% par rapport au groupe de référence d'assurés du même âge. La structure par âge de Wintimed ne montre pas de sélection négative des assurés: les jeunes sont sous représentés et les femmes de 60-80 ans sur représentées⁴⁶.

La *LAMal* autorise les nouvelles formes d'assurance sans les imposer. L'évolution des différents modèles dépendra du marché, notamment de la disposition de l'assuré à renoncer au libre choix du prestataire de soins.

Les expériences américaines semblent démontrer que les HMO permettraient *une baisse unique du niveau des dépenses* de 10 à 40%, qui progresseraient ensuite au même rythme que dans les autres modèles. Le système de santé publique américain est toutefois organisé pour l'essentiel de façon privée, ce qui empêche une comparaison directe

⁴⁴ Schütz S. (1996), op. cit.

⁴⁵ Bulletin des médecins suisses 12.10.1994.

⁴⁶ Bulletin des médecins suisses 27.3.1996.

avec les effets en Suisse. Il faut également tenir compte dans le potentiel d'économie du risque de sélection négative, même si elle est exclue de jure.

C 4 Réduction de surcapacités dans le secteur hospitalier

En imposant la *planification hospitalière*, le législateur a voulu réduire les surcapacités existantes dans le secteur hospitalier et empêcher la formation de nouvelles surcapacités (art. 39 LAMal). Il stipule en outre que les frais d'exploitation résultant d'une surcapacité ne sont pas pris en compte (art. 49, 1er al. LAMal). Aujourd'hui, on estime à 20 de 25% la surcapacité dans le secteur hospitalier⁴⁷. Pour la Suisse, l'OCDE fait état d'une densité de lits plus élevée que pour la moyenne des Etats américains⁴⁸. Vu le phénomène de la demande induite par l'offre (voir plus haut), on peut partir de l'idée que les surcapacités influencent également la demande. Les estimations partent également d'un très grand nombre d'interventions chirurgicales dont la nécessité est discutable⁴⁹.

Le délai pour la planification hospitalière conformément à la LAMal expire le 1er janvier 1998. Or, les nombreux recours en suspens auprès du Conseil fédéral à ce sujet montrent bien à quel point le sujet est conflictuel. Il est absolument indispensable ici que la compression des capacités se traduise par une réduction des dépenses globales. Afin d'arriver à une baisse effective de ces surcapacités, il faudra que les gouvernements et parlements cantonaux et fédéraux fassent preuve de la plus grande fermeté.

La réduction des capacités, que ce soit en termes de nombre de lits ou de nombre d'établissements ou de divisions, devrait impérativement déboucher sur une réduction des coûts. Or, cela n'était pas le cas, ces dernières années tout du moins. Selon les statistiques de la H+ (ex-Veska), les hôpitaux suisses ont réduit de 11% le nombre de lits entre 1990 et 1997, mais en même temps, les coûts augmentaient de 9%⁵⁰.

Comme les autres domaines économiques, le secteur de la santé publique réalise des économies de coûts de deux manières: d'une part, en définissant la palette des produits (prestations) en fonction des besoins du consommateur (rapport prestation/prix, assuré et patient), d'autre part, en optimisant les coûts de la fourniture de prestations. Optimiser les coûts signifie: optimiser les procédures de travail ("lean production", procédures de travail simplifiées, standardisées, et garantie de qualité), réduire les frais fixes (infrastructure et personnel), exploiter au mieux les capacités disponibles et développer le personnel. De premiers essais timides ont été faits dans cette direction avec la restructuration de l'unité des soins intensifs (par exemple, à l'Hôpital d'Interlaken) et les forfaits par diagnostic (par exemple, dans les hôpitaux de Thoune et de Grosshöchstetten).

⁴⁷ Arbeitsgruppe Schweizer Gesundheitswesen (ASG) (1997), *Aufruf zur Reform. Bericht und Empfehlungen zur Kostenentwicklung in der Schweizer Gesundheitswesen*. Zurich, janvier 1997, p. 70.

⁴⁸ OCDE Health Data File 1995.

⁴⁹ Domenighetti G. et al. (1996), *Consommation chirurgicale en Suisse et comparaison avec la France: prévalence de quelques procédures chirurgicales en Suisse et en France et analyse selon des variables socio-économiques*. Lausanne: Réalités sociales.

⁵⁰ Calculs de l'OFAS, chiffres H+ statistique hospitalière, Panoptikum Administrative Statistik, Aarau 1996.

Il est également possible de réduire les surcapacités en faisant intervenir les mécanismes du marché ou des mesures similaires. Les prestations à fournir pourraient être mises au concours par le canton qui attribuerait des mandats de prestations aux hôpitaux les plus avantageux. La planification hospitalière selon la LAMal laisse la porte ouverte à une telle possibilité. Dans une solution proche du marché, les assureurs seraient les clients: ils achèteraient les prestations nécessaires aux hôpitaux en concurrence au niveau des prix et de la qualité. Si une telle solution est envisageable aujourd'hui déjà dans le cadre de formes d'assurance limitant le choix parmi les fournisseurs de prestations (art. 62, 1^{er} al. LAMal), la libre concurrence présuppose une réforme du système de subventionnement des hôpitaux ainsi que du mode de rémunération. Cette solution commanderait une indépendance complète des hôpitaux face aux pouvoirs publics - indépendance pas seulement juridique d'ailleurs - ainsi que la suppression totale des couvertures de déficit.

Il n'existe pas encore de recueil des expériences cantonales en matière de planification hospitalière. IDA FiSo 2 ne peut par conséquent fournir qu'une estimation grossière du potentiel d'économie d'une réduction des surcapacités dans les hôpitaux. Si la moitié des surcapacités évaluées à 20% pouvait être réduite de façon efficace du point de vue des coûts, les dépenses des assureurs maladie diminueraient de 10% dans le domaine hospitalier, ou de 5% sur l'ensemble des dépenses.

C 5 Réduction des surcapacités dans le secteur ambulatoire

Comme c'est le cas dans le secteur hospitalier, l'offre dans le secteur ambulatoire (nombre de fournisseurs de prestations ou d'appareils médico-techniques dans le domaine de la médecine de pointe) pourrait être réduite par le biais de la planification d'une part, et en faisant intervenir les mécanismes du marché ou proches du marché de l'autre.

Dans le cas d'une *planification de l'Etat*, celui-ci se borne à fixer le nombre maximal de fournisseurs de prestations et/ou d'appareils médico-techniques selon le nombre d'habitants. En Allemagne, l'admission de médecins autorisés à pratiquer à la charge des caisses-maladie se fera dès 1999 sur la base de rapports chiffrés fixés dans la loi, calculés en fonction des catégories de médecins et du rapport entre médecins de famille et médecins spécialistes⁵¹. D'un point de vue économique, un tel modèle comporte le risque d'entraîner une pénurie de médecins, ce qui ferait sûrement monter les coûts.

La LAMal n'offre pas de bases légales pour une telle réglementation par la Confédération. Mais vu le nombre de fournisseurs de prestations, le potentiel d'économie correspondant peut être estimé à 5% au moins, si l'on part du fait que les surcapacités et l'exploitation des capacités dans le secteur ambulatoire sont semblables à celles du secteur hospitalier.

Cette mesure souvent invoquée - pour des raisons intuitives surtout - est toutefois très paradoxale du point de vue de la théorie économique. Une offre excessive de médecins devrait en effet se traduire par un prix des prestations plus bas, et non pas plus élevé. Une compétition plus grande entre médecins semblerait mieux être en mesure de garantir une baisse des tarifs. Le risque existe qu'en limitant le nombre des médecins, une

⁵¹ Beske, F. et al. (1993), *Das Gesundheitswesen in Deutschland*. Cologne, p. 106.

pénurie puisse se développer à plus long terme, auquel cas les coûts exploseraient assurément.

D'un point de vue théorique, on pourrait s'attendre à ce que les surcapacités dans le secteur ambulatoire conduisent à une baisse du prix des prestations. Mais cela presupposerait que des mécanismes de marché fonctionnent, condition qui n'est pas remplie aujourd'hui.

Les modèles d'assurance Health Maintenance Organisation (HMO) et surtout Preferred Provider Organisation (PPO) s'approchent d'*une solution fondée sur les règles du marché*; ici, HMO et PPO sont les demandeurs de prestations médicales, et les médecins les fournisseurs (voir aussi paragraphe C3).

C 6 Mesures dans le domaine des tarifs

On distingue ici entre les mesures qui se répercutent directement sur le montant des tarifs et les mesures qui modifient la structure des tarifs et par conséquent les structures d'incitation correspondantes.

Dans le *secteur hospitalier*, les prestations sont aujourd'hui financées essentiellement par le biais de forfaits journaliers uniformes. Comme les coûts sont généralement élevés au début du séjour hospitalier et relativement bas en fin de séjour, la prolongation d'un séjour est financièrement intéressante pour les hôpitaux. D'ailleurs, la Suisse accuse une durée d'hospitalisation plus longue en comparaison internationale⁵².

On connaît plus spécialement deux types de financement des prestations:

Dans différents pays, notamment dans ceux qui connaissent un système de santé publique centralisé, les hôpitaux et, dans certains cantons, les hôpitaux publics, sont financés par un *budget global*. Chaque hôpital reçoit une enveloppe annuelle pour financer les prestations à fournir. Mais avec un budget global, il n'est possible de piloter les coûts que si ledit budget peut être rapidement adapté à de nouvelles réalités et si l'on dispose des données et des instruments nécessaires pour les décisions et interventions utiles. Mais il est par essence difficile de déterminer le montant d'un budget. En outre, une baisse de la qualité des prestations ne peut être exclue.

La LAMal donne aux cantons la possibilité de fixer des budgets globaux pour les hôpitaux et les établissements médico-sociaux (art. 51 LAMal). A titre de mesure extra-ordinaire, les assureurs peuvent également en faire la demande (art. 54 LAMal). Le potentiel d'économie d'une telle mesure ne peut être chiffré que si l'on connaît les données correspondantes.

Le financement peut également se faire par le biais de *forfaits par diagnostic*, notamment dans les Diagnosis Related Groups (DRGs), pour lesquels la rémunération dépend du diagnostic. Comme, dans ce système de financement, ni la durée du séjour ni les prestations fournies dans le cadre d'un cas précis n'ont d'influence sur la rémunération, les hôpitaux ont tout intérêt à optimiser leurs prestations. En outre, ce type d'indemnisation

⁵² OECD Health Data File 1995.

favorise la transparence des coûts. Mais ici aussi, il y a le danger d'une baisse de qualité lorsque le traitement se fait de façon trop expéditive. Les hôpitaux sont cependant chargés de présenter jusqu'à fin 1997 des programmes de garantie de la qualité qui doivent entre autres empêcher une diminution de la qualité.

Dans le *secteur ambulatoire*, on indemnise aujourd'hui les prestations individuelles sur la base de conventions tarifaires. Les traitements n'étant pas soumis à des restrictions économiques, le danger réside ici dans la fourniture de prestations superflues. En outre, dans les conventions tarifaires existantes, les prestations techniques sont nettement mieux rémunérées que les prestations de base, comme par ex. la consultation chez le médecin. La révision générale du tarif médical suisse (GRAT), qui entrera en vigueur en 1999, corrige le tir en pondérant plus fortement le facteur du temps effectif consacré. La compétence pour élaborer des structures valables au niveau suisse pour le tarif des prestations individuelles appartient aux partenaires tarifaires. Il revient au Conseil fédéral d'approver ces structures de tarif. En l'absence de conventions conclues à cette fin entre les partenaires, le Conseil fédéral peut fixer la structure tarifaire. Il convient d'opérer ici une distinction entre la structure et le niveau de la rémunération (valeur du point) qui, elle, ne peut être fixée par la Confédération.

Mentionnons ici à titre de systèmes alternatifs, le budget global et le forfait par patient. Dans le cas du *budget global*, le médecin est rémunéré en fonction des dépenses pour l'ensemble des prestations médicales. En Allemagne, la valeur du point a été fixée a posteriori de telle sorte qu'un accroissement global de la quantité soit compensé par une baisse correspondante de la valeur du point. Or, ce système ne s'est pas révélé probant. En effet, vu l'incertitude quant à sa rémunération, le médecin a intérêt, ou même se voit contraint au plan économique, de fournir un maximum de prestations.

Dans le cas du *forfait par patient*, le médecin est payé en fonction du nombre de patients qu'il traite, indépendamment de la nature des prestations fournies. Ce mode de rémunération n'est judicieux que dans le cadre d'un système de médecin de famille, comme par exemple celui qui a cours aux Pays-Bas⁵³. Dans ce système, le patient est tenu de consulter d'abord un médecin désigné. Celui-ci a intérêt à maintenir un standard de qualité élevé pour éviter que les patients ne demandent de changer de médecin. D'un autre côté, il sera peut-être tenté de sélectionner les risques et de déférer ses patients assez rapidement à un spécialiste ou à un hôpital, afin de maintenir les coûts de traitement à un bas niveau. Il n'est pas possible de chiffrer le potentiel d'économie de cette variante.

En comparaison internationale, les médicaments sont chers en Suisse. Situés dans la moyenne dans le cas de nouvelles admissions, les prix sont comparativement très élevés pour les médicaments dont la patente a expiré. La poursuite de la politique de prix restrictive à l'admission de nouveaux médicaments et une adaptation cohérente du prix des médicaments qui ne sont plus sous patente doit conduire à une plus faible croissance des coûts dans ce domaine. Pour l'année 2010, on compte sur une économie d'environ 2% à 4%, soit entre 0,5 et 1 milliard de francs.

⁵³ M. Schneider et al. (1995), *Gesundheitssysteme in internationalem Vergleich*. Augsburg: BASYS (édition 1994), p. 331.

C 7**Financement des hôpitaux**

Selon la législation en vigueur, les coûts d'exploitation des hôpitaux publics sont supportés pour 50% au moins par les cantons et pour 50% au plus par les assureurs-maladie. L'idée à la base de cette répartition est que les cantons, en investissant dans le secteur hospitalier (bâtiments, équipement), déterminent le niveau de couverture médicale et qu'ils devraient de ce fait assumer, avec l'assurance-maladie, les coûts d'exploitation qui en découlent. Les investissements des hôpitaux publics sont financés par les cantons.

La part des soins hospitaliers des établissements publics ou subventionnés financée actuellement par les cantons peut difficilement être déterminée, en raison du manque de données. Il y a cependant lieu d'estimer que cette part se situe, en moyenne, encore au-dessous de taux maximum de 50% et qu'il faut donc compter sur des coûts supplémentaires pour l'assurance-maladie.

Cette réglementation entraîne une allocation peu efficiente des ressources. D'abord, un traitement hospitalier paraîtra plus favorable à l'assureur sous l'angle financier qu'un traitement ambulatoire ou semi-hospitalier, parce que la part pour laquelle la prestation est subventionnée ne se répercute pas sur le tarif. Il est vrai que les possibilités pour l'assureur d'exercer son influence sur les négociations tarifaires sont limitées. Ce sont les bénéficiaires de ce mode de financement et des tarifs correspondants, soit le médecin et l'hôpital, qui décident de l'hospitalisation et du traitement. Ensuite, de nombreux traitements dispensés dans des hôpitaux publics ou bénéficiant de subventions publiques sont aujourd'hui encore plus avantageux pour les assureurs en raison du subventionnement transversal, même si des hôpitaux privés fournissaient ces traitements à moindre coût.

En changeant le système de financement des hôpitaux, il est possible de contrecarrer des comportements peu efficents. A côté d'une allocation différente des ressources, des mesures dans ce domaine pourraient notamment avoir un effet de distribution en ce que le financement par le biais de la fiscalité (progressif par rapport au revenu) peut se transformer en un financement par le biais des primes (indépendant du revenu).

Ci-dessous, nous présentons plusieurs possibilités de financement des hôpitaux.

La suppression du subventionnement des hôpitaux publics et leur financement intégral - y inclus les coûts d'investissement - par l'assurance-maladie soulèvent les problèmes mentionnés en rapport avec l'allocation des ressources. Ceci aurait pour effet de décharger massivement les cantons, et de réduire leur influence sur la couverture hospitalière. D'un autre côté, la charge de l'assurance-maladie augmenterait proportionnellement. Il s'ensuivrait une redistribution considérable. Un financement indépendant du revenu remplacerait le financement par le biais de la fiscalité (progressif par rapport au revenu). Cette redistribution peut être corrigée par l'allégement individuel des primes et par des mesures fiscales. Cette correction porte sur la redistribution d'un volume de quelque 7 milliards de francs.

En Allemagne, les coûts d'investissement sont financés par les pouvoirs publics et les coûts d'exploitation par les assureurs. Hormis le fait que, ici aussi, une certaine distorsion demeure en raison de la prise en charge des coûts d'investissement, le grand désavantage de cette répartition réside dans le fait que la décision sur les investissements hos-

pitaliers se trouve complètement dissociée de l'aspect coûts occasionnés par cette décision. Ce modèle ne recèle pas de potentiel d'économie à proprement parler.

Le désavantage évoqué pourrait être évité par *la prise en charge intégrale des coûts d'exploitation et d'investissement, à parts égales, par les cantons et l'assurance-maladie*. Cette répartition fixe inciterait les cantons et les assureurs à réduire les coûts. Toutefois, pour l'assurance-maladie cette formule induirait une flambée unique des coûts, alors que les effets d'économie ne se déployeraient que progressivement. Dans ce modèle également, la garantie de déficit tombe.

Le remplacement du subventionnement des hôpitaux publics (et la prise en charge des coûts d'investissement) par *un subventionnement égal de toutes les prestations* de l'assurance-maladie par les pouvoirs publics écarterait la distorsion entre secteurs hospitalier et ambulatoire, et entre hôpitaux publics et privés. Cela signifierait qu'à charge égale pour les cantons et l'assurance-maladie, toutes les prestations seraient financées pour environ un tiers par les cantons et deux tiers par l'assurance-maladie. Mais comme désormais les cantons participent également au financement des coûts du secteur ambulatoire, il faudrait créer dans ce domaine également des possibilités de pilotage comparables à la planification hospitalière. Cette variante nécessite la suppression de la garantie de déficit et une conception orientée sur les prestations.

Des changements dans le système de subventionnement des hôpitaux par les cantons nécessiteraient une modification de l'article 49 LAMal. La suppression complète des subventions cantonales rendrait par ailleurs caduque la planification hospitalière cantonale (art. 39 LAMal); elle nécessiterait une augmentation de l'allégement individuel des primes (art. 65 ss LAMal) ainsi que des mesures pour décharger la classe moyenne. La Confédération devrait à cet effet édicter des prescriptions-cadre.

Au cas où l'assureur-maladie subventionnerait pour moitié le total des coûts, il faudrait le faire participer à l'élaboration de la planification hospitalière, pour ne pas dissocier la compétence de pilotage de l'obligation de financement. Cette mesure nécessiterait une révision de la planification hospitalière (art. 39, let. d LAMal).

En cas de subventionnement égal de toutes les prestations, il faudrait compléter les articles 46, 48 et suivants.

Nous ne disposons pas d'estimations détaillées sur le *potentiel d'économie*. Les effets d'économie d'une révision du financement des hôpitaux, conjugués à ceux d'autres mesures (réforme de la direction des hôpitaux, transparence dans la gestion, plafonnement des investissements, subventionnement par cas), ont été estimés à 15% du total des dépenses du secteur hospitalier, soit à environ 7-8% du total des dépenses⁵⁴.

C 8 Potentiel de limitation des coûts

Il est extrêmement difficile d'estimer le potentiel de limitation des coûts dans l'assurance-maladie. En premier lieu, il s'agit souvent, par le biais des mesures introduites, de modifier la structure des incitants qui doit conduire à des changements de comporte-

⁵⁴ Arbeitsgruppe Schweizer Gesundheitswesen (ASG) (1997), op. cit., p. 70ss.

ments des différents acteurs. L'ampleur de tels changements n'est pas facile à évaluer. Ensuite, le potentiel d'économie dépend essentiellement de la configuration concrète des dispositions mises en oeuvre. De plus, le potentiel des différentes mesures ne se laisse pas simplement additionner, les effets combinés étant peu prévisibles. Enfin, les connaissances acquises en la matière proviennent fréquemment de l'étranger; elles sont de ce fait marquées par la spécificité de chaque système de santé.

Contrairement à la modification des prestations d'autres branches d'assurance, les mesures évoquées ici n'ont pas un caractère univoque; la frontière entre rationalisation et réduction des prestations est mouvante. Par exemple, la fermeture d'un certain hôpital peut s'avérer, selon le cas concret et aussi selon les critères d'appréciation, une simple réalisation d'un potentiel de rationalisation donné ou une suppression de prestations.

Les indications suivantes du potentiel de limitation des coûts sont à prendre comme des estimations grossières.

<i>Mesure</i>	<i>en % des dépenses totales</i>	<i>en milliards (2010)</i>
<i>Définition restrictive du catalogue de prestations</i>	non chiffrable	—
<i>Relèvement de la participation aux coûts, nouvelles formes d'assurance (selon la formule choisie)</i>	5–15%	1,2–3,5
<i>Réduction des surcapacités dans le secteur hospitalier</i>	5%	1,2
<i>Réduction des surcapacités dans le secteur ambulatoire</i>	5%	1,2
<i>Mesures tarifaires</i>		
– prix des médicaments	2–4%	0,5–1,0
– autres domaines	non chiffrable	—
<i>Modification du financement des hôpitaux</i>	7–8%	1,6–1,9

D Paramètres de prestations d'autres assurances sociales**D 1 Assurance-accidents (AA)****D 1.1 Gain maximum assuré**

Le montant maximum du gain assuré est fixé par le Conseil fédéral. Depuis le 1er janvier 1991, il se monte à 97'200 francs par année et 267 francs par jour. Ce montant élevé pour une assurance sociale s'explique par l'aspect juridique de la responsabilité civile dans l'assurance-accidents. Aussi bien la loi sur l'assurance-chômage que le projet de loi sur l'assurance-maternité se réfèrent au gain maximum assuré de l'assurance-accidents.

On pourrait envisager de renoncer provisoirement à adapter le gain maximum assuré actuel à l'évolution des salaires.

Avec ce plafonnement, les employés, et surtout les cadres moyens, deviendraient tributaires d'assurances complémentaires privées s'ils veulent conserver leur train de vie en cas d'accident.

En gelant le gain maximum assuré à son niveau actuel pendant 10 ans, le potentiel d'épargne se monterait à 300 millions de francs pour une évolution des salaires calculée à 4,5% et une évolution des prix de 3,5%. L'économie réalisée serait nettement moindre, soit de 90 millions de francs, si l'on se fonde sur une évolution des salaires de 2,5% et une évolution des prix de 1,5%.

D 1.2 Indemnité pour atteinte à l'intégrité

L'assuré qui, suite à un accident, souffre d'une atteinte notable et durable à son intégrité physique ou mentale a droit à une indemnité appropriée selon la législation en vigueur. Celle-ci est comparable à la réparation dans le droit de la responsabilité civile. Comme le principe de la reprise de cette responsabilité par l'assurance est pertinente dans le domaine AAP, mais pas dans le domaine AANP, la mesure devrait être confinée à l'AAP.

La suppression de la rente pour atteinte à l'intégrité dans l'AANP induit des économies annuelles de 60 millions de francs.

D 1.3 Tarifs

La santé publique est un marché influencé par l'Etat. C'est la raison pour laquelle les assureurs qui, en tant qu'organe de la Confédération, doivent veiller à ne pas charger démesurément les assurés par les coûts de l'assurance, jouent un rôle déterminant dans la fixation des tarifs. En fixant des prix bas, il est possible d'influer sur les coûts au niveau macro-économique. L'expérience a cependant montré que les restrictions en matière de prix étaient compensées par un accroissement quantitatif. Par ailleurs, les critères d'économie d'entreprise généralement utilisés pour motiver les tarifs dans l'assurance-accidents - les tarifs auraient pour seule fonction de compenser les coûts - assurent une garantie de revenu au fournisseur de prestations. Bien que la méthode entrepreneuriale de fixation des tarifs demeure incontournable puisqu'elle seule donne

des résultats praticables, il n'en demeure pas moins que les tarifs établis par cette méthode peuvent varier. Pour cette raison, il convient de faire passer des critères macro-économiques au premier plan dans la fixation des tarifs.

La fixation des tarifs dans l'assurance-accidents au niveau suisse conduirait, dans le secteur ambulatoire, à une indemnisation égale des coûts dans toute la Suisse, alors même qu'il est établi que des différences de coûts existent d'une région à l'autre. On peut dès lors se demander s'il ne faudrait pas, comme c'est le cas dans une large mesure dans l'assurance-maladie, adapter les tarifs aux conditions locales. A défaut de bases statistiques suffisantes, on ne peut conclure de façon probante que, comme on le prétend souvent, les tarifs de l'assurance-accidents sont plus élevés que les tarifs adaptés aux réalité locales. On ne peut donc évaluer le potentiel d'épargne.

D 2 Assurance militaire (Ami)

D 2.1 Variante gain maximum assuré pour les indemnités journalières et les rentes

Comme dans l'assurance-maladie, le gain maximum assuré est fixé relativement haut dans l'assurance militaire (AMi) pour les motifs de responsabilité civile déjà évoqués. Au 1er janvier 1997, ce gain se montait à 122'046 francs.

Geler provisoirement le gain maximum assuré, soit renoncer à adapter les rentes et les indemnités journalières dans le sillage de l'augmentation des rentes AVS/AI sur la base de l'indice nominal des salaires établi par l'OFIAMT, permettrait de soulager les caisses de la Confédération.

En gelant le gain maximum assuré au niveau de 1997, la diminution des dépenses annuelles afférentes aux indemnités journalières est estimée à environ 100'000 francs dès 1999, à 206'000 francs à partir de 2001 et à près de 318'000 francs dès 2003. Pour les rentes, la diminution des dépenses se chiffrerait à environ 342'000 francs dès 1999, à 487'000 francs dès 2001 et à 625'000 francs dès 2003.

D 2.2 Variante réduction du taux de prestation pour les indemnités journalières et les rentes d'invalides

Les indemnités journalières et les rentes d'invalides dans l'AMi se montent aujourd'hui à 95% du gain maximum assuré. En cas d'incapacité de travail partielle, l'indemnité journalière et, en cas d'invalidité partielle, la rente d'invalidité, sont réduites proportionnellement.

Réduire de 95 à 80 pour cent le taux de prestation du gain maximum assuré (soit le taux actuel dans l'assurance-accidents) équivaut à une réduction annuelle des dépenses de 5,2 millions de francs pour les indemnités journalières et de 1,1 million de francs pour les rentes.

D 2.3 Variante rente pour atteinte à l'intégrité

En cas d'atteinte notable et durable à son intégrité physique ou mentale, l'assuré a droit à une rente appropriée; le montant de celle-ci dépend de la nature et du degré de gravité de la perte de la fonction vitale touchée. La rente pour atteinte à l'intégrité est accordée pour une période illimitée; généralement elle est rachetée. En 1996, en s'appuyant sur un montant annuel de rentes de 30'314 francs, on a dépensé environ 9,2 millions de francs pour le rachat de ces rentes.

En renonçant immédiatement à l'adaptation au renchérissement (2,5% tous les deux ans), la caisse fédérale pourrait être déchargée de 230'00 francs par année à partir de 1999 et de 460'000 francs dès 2001. En renonçant définitivement à cette adaptation, l'effet d'épargne serait plus grand encore.

D 2.4 Variante assurance-maladie et accidents facultative

Depuis 1994, les personnes couvertes par l'AMI à titre professionnel peuvent, au moment de la retraite, s'assurer à titre facultatif contre les atteintes à la santé. Le Conseil fédéral fixe le montant des primes. En 1996, les primes ont couvert les coûts. Mais vu les dépenses supplémentaires attendues, les primes seront substantiellement relevées ces prochaines années. En outre, il faut tabler sur un vieillissement croissant des assurés, ce qui se répercute à nouveau sur les primes.

On pourrait envisager de renoncer à l'assurance facultative. Vu que, même en cas de suppression, le Conseil fédéral doit, en raison de la responsabilité inhérente à l'assurance militaire, continuer de supporter les coûts des dommages à la santé intervenus avant la retraite, il est difficile de chiffrer la diminution des dépenses qui en résulterait. Toujours est-il que des frais administratifs supplémentaires atténueraient les effets d'économie.

D 3 Allocations familiales

Il n'existe pas de loi fédérale qui réglemente les allocations de façon uniforme, mais une multitude de réglementations différentes quant au type d'allocation, au montant et aux conditions d'accès. Cela dit, ce système présente des lacunes, les enfants n'ouvrent pas tous le droit à une allocation. Généralement, le droit à une allocation pour enfants est lié au statut professionnel. Les salariés ont tous droit à des allocations familiales, les indépendants en partie et les personnes sans activité lucrative dans des cas exceptionnels seulement. Outre le personnel fédéral, seuls les petits paysans et les employés agricoles reçoivent des allocations familiales réglées au niveau fédéral. Chaque année, environ 4 milliards de francs sont dépensés à ce titre.

<i>Réglé au niveau fédéral</i>	<i>Réglé au niveau cantonal</i>
Allocations familiales: - aux petits paysans - aux employés agricoles - au personnel fédéral	Allocations familiales: - aux salariés - au personnel de cantons et de communes - aux indépendants - aux personnes sans activité lucrative

D 3.1 Variante allocation familiale au niveau fédéral

Suite à l'initiative Fankhauser (91.411), la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national examine un projet de loi fédérale sur les *prestations familiales*, fondé sur le principe „un enfant, une allocation“. Le financement correspondant au projet mis en consultation pour une allocation de 200 francs par enfant et une allocation de formation de 250 francs s'élèverait à 5,1 milliards de francs (1995)⁵⁵. L'évaluation de l'*effet net* du passage à un système fédéral doit cependant tenir compte d'importantes économies sur l'aide sociale et la gestion, ainsi que de recettes fiscales supplémentaires.

La possibilité d'introduire une solution fédérale pour les allocations familiales est aussi examinée dans le cadre du projet de nouvelle péréquation financière.

D 3.2 Allocations familiales dans l'agriculture

Les agriculteurs n'ont pas tous droit aux allocations familiales au niveau fédéral, mais seulement les petits paysans (limite de revenu: 30'000 francs + 5'000 francs par enfant). Pour ces derniers, la Confédération a versé en 1996/1997 des allocations mensuelles de 155 francs par enfant en région de plaine et 175 francs par enfant en région de montagne. A partir du troisième enfant, les tarifs augmentent de 5 francs. Les employés agricoles reçoivent les mêmes allocations et, en sus, une allocation ménage de 100 francs par mois. Le financement de cette prestation est assuré par la Confédération, les cantons et les employeurs.

Le 31 décembre 1996, 21'964 petits paysans (dont 10'930 en région de montagne) et 8'698 employés agricoles (état: 31 juillet 1996) ont touché des allocations à ce titre. Même au cas où l'ajustement structurel dans le monde agricole n'induirait pas une baisse de l'effectif des bénéficiaires de prestations LFA, ou se traduirait par une augmentation des allocations partielles, on peut partir de l'idée que le nombre de bénéficiaires est en baisse.

⁵⁵ Estimation OFAS.

D 3.2.1 Variante suppression de l'allocation ménage pour employés agricoles

En 1996, 4'604 allocations ménage ont été versées chaque mois, ce qui correspond à un montant total de 5,5 millions de francs pour l'année. La suppression de cette allocation représenterait une économie de 3,6 millions de francs, soit 4% par année (pour les cantons: 1,9 million de francs).

La suppression pourrait être motivée par le fait que cette allocation, qui est liée notamment à l'état civil des bénéficiaires (au lieu de l'être exclusivement aux enfants), est discutable en soi. Toutefois, cette mesure d'économie aurait des répercussions défavorables pour un groupe de la population dont le revenu est inférieur à la moyenne, et pour lequel une allocation annuelle de 1'200 francs représente une aide financière substantielle.

D 3.2.2 Variante adaptation du taux des allocations pour enfants

Au cas où le Conseil fédéral renoncerait à l'avenir à augmenter tous les deux ans de 10 francs les allocations pour enfants, il en résulterait également un potentiel d'épargne. Il pourrait s'agir d'un renoncement unique, d'un renoncement répété ou d'un gel des taux au niveau de 1996/97 et jusqu'en l'an 2010.

En partant d'un effectif constant de bénéficiaires (état 1996), et selon le type de mesure, cela représenterait une économie annuelle d'environ 7,5 millions de francs, soit 5 millions pour la Confédération et 2,5 millions pour les cantons (environ 6%).

Cependant, vu la baisse des revenus du groupe en question, renoncer au versement de cette allocation est discutable sous l'angle de la politique sociale; les tarifs déjà bas seraient plus bas encore en termes réels, et la population travaillant dans l'agriculture serait défavorisée face aux personnes employées dans les autres secteurs.

D 3.2.3 Variante restriction du cercle des bénéficiaires

La restriction du cercle des bénéficiaires peut être réalisée de deux façons: soit en réduisant la limite du revenu des ayants droit (déjà très basse aujourd'hui: 30'000 francs), soit en limitant les déductions possibles pour le calcul du revenu déterminant. A défaut de bases statistiques suffisantes, il n'est pas possible actuellement d'évaluer les effets de ces mesures sur l'effectif des bénéficiaires et donc sur le potentiel d'économie.

E**Incitations d'ordre économique - Interactions et mécanismes de transfert entre les branches des assurances sociales**

Entre l'économie et les assurances sociales, les interactions sont étroites. Une constatation économique essentielle est que l'activité économique joue un rôle moteur dans la plupart des volets de la sécurité sociale, tant au niveau des prestations qu'à celui du financement. D'une manière générale, et ce indépendamment des solutions de financement qui seront finalement retenues, la consommation de biens et de services des assurés ne peut être garantie que pour autant que la production nationale soit suffisante. Sachant que la main-d'oeuvre est le principal facteur de production, il est essentiel de faire en sorte que l'effort de travail soit aussi important que possible. Ceci est particulièrement crucial à une époque où la population va en vieillissant et où le taux de dépendance (rapport entre la population âgée et la population d'âge actif) va en augmentant. Une activité économique conséquente se répercute d'ailleurs non seulement sur l'offre de biens et de services, mais également sur la capacité de l'Etat d'assurer les autres tâches qui lui incombent.

L'accumulation de capital, le progrès technologique et le commerce international sont les autres éléments qui contribuent à l'élargissement des possibilités de consommation nationales et qui, en définitive, assurent la capacité de notre économie à financer la sécurité sociale. Toute entrave dans ce domaine ne serait que contre-productive.

Si le niveau de l'activité économique est susceptible de fortement influencer les différents volets de la sécurité sociale, l'inverse est également vrai. Les effets d'incitation et de désincitation liés aux contributions et aux prestations peuvent être très importants et se répercuter sur le niveau de la production nationale.

De très nombreuses interactions se jouent en plus entre les assurances sociales elles-mêmes et avec l'aide sociale. Des modifications de prestations dans un domaine se traduisent dans l'autre par des charges ou des allégements. Mais les modifications de prestations sont rarement neutres du point de vue des coûts, même si l'on tient compte du report des coûts entre les branches des assurances sociales. Pour beaucoup de personnes concernées, il s'ensuit une véritable extension ou réduction des prestations, ainsi que, fréquemment, un transfert de charges sur les cantons et les communes. Indépendamment des conséquences financières que cela représente, il n'est probablement pas indifférent pour les personnes concernées de savoir si les prestations sont définies comme des prestations d'assurance découlant d'un droit ou s'il s'agit de prestations en cas de besoin, avec ou sans droit (prestations complémentaires ou prestations de l'aide sociale).

Le présent chapitre présente ces connexions pour autant qu'elles soient pertinentes dans le cadre imparti aux travaux du groupe IDA FiSo 2. On distinguera ci-après deux grands types de modifications de prestations caractérisés l'un et l'autre par des mécanismes de transfert distincts. Le premier est la modification de l'âge ouvrant le droit à la rente, le second touche à des modifications du montant des prestations financières.

E 1 Age ouvrant le droit à la rente

Si on modifie l'âge ouvrant le droit à la rente, les prestations de vieillesse sont versées plus tôt ou au contraire plus tard. Déplacer ce moment charnière est suivi d'effets sur la décision de cesser d'exercer une activité lucrative et sur d'autres systèmes de la sécurité sociale parce que ces systèmes offrent des prestations – dans la mesure où il s'agit de revenu de remplacement – dont les prestations de vieillesse prennent directement la relève ou, dans le cas de prestations en cas de besoin, que les prestations de vieillesse complètent. A cela s'ajoute que le déplacement de l'âge ouvrant le droit à la rente peut avoir un effet indirect sur *le montant des prestations*. Si l'âge de la retraite est flexibilisé, on peut admettre qu'avec son relèvement, le nombre des personnes anticipant la retraite augmentera tandis qu'il diminuera si l'âge limite est abaissé. Si la retraite anticipée est couplée avec une réduction de la rente, le déplacement de l'âge limite influe indirectement aussi sur le montant de la prestation de vieillesse. Ces deux types de répercussions seront traités séparément ci-après.

La première des interactions liées à l'âge de la retraite se produit entre *le premier et le deuxième pilier*. L'harmonisation de l'âge de la retraite en soi ne se traduit pas par un transfert de ressources financières. La réglementation en vigueur dans l'AVS a pourtant des répercussions sur le deuxième pilier dans le cas où l'entreprise, dans son propre intérêt, crée des conditions favorables à la retraite anticipée dans le domaine surobligatoire du deuxième pilier. En effet, si l'anticipation de la retraite doit rester aussi attrayante dans l'hypothèse d'un relèvement du seuil ouvrant le droit à la retraite, il faudra probablement augmenter ces prestations, ce qui engendrera des coûts proportionnellement plus élevés. Si le seuil est abaissé, les coûts s'abaissent en conséquence. Nous n'analyserons pas davantage cette répercussion impossible aujourd'hui à quantifier.

Les répercussions sur le régime des prestations complémentaires de l'effet décrit ci-dessus – touchant *le montant des prestations* du premier ou du deuxième pilier en cas de droit à la rente anticipé ou différé – sont proportionnelles à l'augmentation du nombre de personnes habilitées à bénéficier de prestations complémentaires en raison de prestations d'assurance plus basses. Cette situation ne se présente pas nécessairement dès le moment où la personne prend sa retraite. Elle peut se produire ultérieurement lorsque les besoins financiers augmentent, par exemple si la personne devient dépendante de soins. On ne peut alors exclure des répercussions en cascade sur les régimes cantonaux ou communaux (SPITEX, financement des homes selon des barèmes qui tiennent compte du revenu et de la fortune, aide sociale).

Avancer ou reporter le droit aux prestations de vieillesse influe sur l'attrait que revêt la poursuite de l'activité lucrative. Ainsi, l'attrait de cette dernière augmente si l'âge ouvrant le droit à la rente est relevé et que la réglementation de la retraite anticipée rend cette dernière peu enviable. L'augmentation de l'activité devrait avoir des effets positifs sur la production, le revenu moyen et les recettes fiscales.

Cette influence s'exerce aussi sur le nombre des rentiers de l'assurance-invalidité et sur l'effectif des bénéficiaires d'indemnités journalières de l'assurance-chômage. Plus le seuil de la retraite est abaissé, plus la durée de perception raccourcit pour les personnes invalides ou au chômage. Sans compter que la probabilité de devenir invalide ou chômeur tombe aussi pour les personnes qui touchent déjà une rente de vieillesse. A contrario, plus le seuil de la retraite est élevé, plus longues sont les durées de perception de rentes

ou d'indemnités et plus le nombre des personnes frappées d'invalidité ou de chômage s'accroît. Le poids de cette répercussion ne fait cependant pas l'unanimité. D'un point de vue purement économique, le volume de travail ne connaît pas de limites naturelles. On craint toutefois que les travailleurs plus âgés ne trouvent pas d'emploi si le seuil de la retraite est relevé. Selon les hypothèses choisies, on ne peut pas négliger les répercussions financières sur les assurances-chômage et invalidité. Elles se situent, dans l'assurance-invalidité, dans une fourchette allant de 280 millions de francs de charges supplémentaires pour un âge de la retraite fixé à 66 ans à un allégement des charges de 350 millions de francs pour la retraite à 63 ans (répercussions financières en l'an 2010). Les hypothèses retenues pour l'assurance-chômage donnent des répercussions plus importantes. La retraite à 66 ans se traduit par des charges supplémentaires de 560 millions de francs, la retraite à 63 ans⁵⁶ par un allégement de 430 millions de francs.

Mais si les prestations de l'assurance-invalidité ou de l'assurance-chômage sont insuffisantes, on s'attend aussi à des effets sur les prestations complémentaires à l'assurance-invalidité et sur les régimes cantonaux et communaux de sécurité sociale (aide cantonale aux chômeurs, aide sociale). On ignore tout des effets sur la santé d'un déplacement du seuil ouvrant le droit à la rente, et donc des répercussions sur l'assurance-maladie.

E 2 Impact du montant des prestations

Prévoyance vieillesse, survivants et invalidité

Les modifications du niveau des prestations dans les branches des assurances sociales au sens propre influent financièrement sur les régimes de prestations en cas de besoin qui prennent la relève des assurances dans la mesure où de telles prestations deviennent superflues, ou au contraire qu'elles sont sollicitées alors qu'elles ne l'étaient pas ou encore qu'il faut les modifier. Le rôle des prestations complémentaires au sein du *premier pilier* est de compenser les ressources financières qui font défaut aux rentiers de l'AVS et de l'AI, ce qui explique en quoi un changement du niveau des rentes a des répercussions sur les dépenses du régime des prestations complémentaires. L'impact de ces répercussions dépend de l'aménagement pour lequel on optera concrètement dans le premier pilier.

Le calcul des prestations complémentaires ne tient pas uniquement compte des rentes du premier pilier, mais de la totalité des revenus. Les modifications de prestations qui interviennent dans *le deuxième pilier* – comme naturellement celles de tous les composants du revenu – ont donc des répercussions sur le régime des prestations complémentaires.

Le montant des *prestations complémentaires* est, dans des cas particuliers, limité par un plafond. Ce plafond est atteint lorsqu'un bénéficiaire de rente devient dépendant de soins et que les tarifs cantonaux ou communaux appliqués pour le SPITEX ou le séjour en établissement médico-social dépassent le montant des revenus du rentier (y compris le montant maximal des prestations complémentaires). Dans ces conditions, les régimes cantonaux et communaux de prestations en cas de besoin sont eux-mêmes touchés par

⁵⁶ Cf. chiffre A 1.1.1.

les modifications du niveau des prestations des premier et deuxième piliers et du régime des prestations complémentaires.

L'adaptation de la rente de veuve à celle de veuf constitue un cas particulier puisque ce n'est pas le niveau de la prestation qui est adapté, mais les conditions d'octroi qui sont modifiées. Les bénéficiaires de ces prestations sont des personnes en âge d'exercer une activité, qui devraient s'intégrer sur le marché du travail si cette prestation leur faisait défaut. Selon le succès rencontré dans la recherche d'emploi, il faut s'attendre à des répercussions financières sur l'assurance-chômage, puis sur les régimes subséquents.

Le groupe IDA FiSo 2 a fait faire une étude⁵⁷ sur les répercussions d'une nouvelle réglementation de la rente de veuve. Si l'on calquait les conditions d'octroi du droit à la rente des veuves sur celles des veufs, le nombre des femmes ayant droit à une rente de veuve serait nettement inférieur (17% seulement de l'effectif actuel), selon cette étude. C'est au premier chef l'AVS qui réalisera des économies tandis que l'assurance-chômage et l'aide sociale surtout enregistreraient des dépenses additionnelles. En parallèle, les cotisations des femmes qui relèvent leur taux d'activité et de celles qui prennent un emploi seraient à la hausse. Selon les estimations du bureau BASS, le potentiel d'économie, dans la principale variante étudiée, sera réduit de 20% par les dépenses supplémentaires de l'assurance-chômage et de l'aide sociale.

Assurance-maladie

Dans le régime de l'assurance-maladie, diverses modifications se répercuteront sur d'autres régimes⁵⁸. Etant donné que le principe de financement de cette assurance est celui des primes individuelles, toute hausse de *primes* se traduit par une augmentation des dépenses des régimes subséquents⁵⁹. La LAMal a mis en place au plan suisse le système de réduction individuelle de primes pour les assurés de condition modeste, la concrétisation de son aménagement relevant des cantons. Ce système de réduction de primes a permis de décharger les systèmes cantonaux antérieurs d'allégement des primes, les prestations complémentaires et l'aide sociale. Selon l'aménagement choisi, les hausses de primes sont entièrement résorbées par ce système ou elles provoquent une augmentation des prestations dans le régime des prestations complémentaires et de l'aide sociale.

Quant aux changements sur le plan de la *participation aux coûts*, cette question ne se résout pas par le biais de la réduction des primes, mais elle se répercute directement sur les prestations complémentaires, ces dernières prenant à charge les coûts de maladie non couverts, et sur l'aide sociale.

Le groupe IDA FiSo 2 estime urgentes *des mesures de maîtrise des coûts* dans l'assurance-maladie, quand bien même de telles mesures auraient à leur tour des répercussions sur les fournisseurs de prestations. Soit ils réduisent l'offre, ce qui mène à

⁵⁷ BASS (1997a), Répercussions de modifications de prestations de la rente de veuve. Publication en préparation.

⁵⁸ N'ont pas été prises en compte des réductions du catalogue de prestations telles que les traitements nécessaires devraient financièrement être pris en charge par ex. par l'aide sociale.

⁵⁹ Il ne s'agit pas à proprement parler une modification de prestation au sens où on l'entend dans les autres paramètres discutés dans le présent rapport.

des pertes d'emplois. Soit ils exercent une pression sur le volume et le prix des prestations, ce qui se traduit par une diminution du revenu des fournisseurs de prestations.

Assurance-chômage

On distinguera, pour aborder les modifications de prestations dans l'assurance-chômage, entre le droit aux prestations (surtout prolongement ou diminution de la durée du droit) et le niveau de la prestation (montant de l'indemnité journalière). *Une modification de la durée du droit a des implications de deux ordres*. D'abord, l'effectif des chômeurs de longue durée change, ces chômeurs qui, après avoir épousé le montant maximal des indemnités journalières doivent avoir recours à des régimes d'aide subséquents. Ensuite, l'attitude des chômeurs eux-mêmes change (aléa moral): ils intensifient leurs efforts de recherche d'emploi vers la fin de la période donnant droit aux indemnités ou se montrent plus enclins à accepter un emploi ne correspondant pas absolument à leur profil. Il s'ensuivrait une baisse du taux de chômage et, parallèlement, une hausse de l'activité économique. Les avis divergent quant à l'importance de ce deuxième effet.

Selon une étude⁶⁰ commandée par le groupe IDA FiSo 2, dans l'hypothèse d'un taux de chômage de 2,5% à long terme, les dépenses de l'assurance-chômage pour les indemnités journalières diminuent de 4,8% ou de 150 millions de francs en l'an 2010 si la durée du droit aux indemnités est réduite de 520 à 400 jours. Si on admet un taux de chômage à long terme de 3,5%, cette mesure se traduit par une réduction de 6,6% ou 290 millions de francs en l'an 2010. Par contre, les dépenses de l'aide cantonale aux chômeurs et de l'aide sociale augmentent dans une proportion équivalant au tiers de la diminution des charges enregistrée par l'assurance-chômage.

On ne dispose pas de données quant aux répercussions, sur les régimes cantonaux et communaux de sécurité sociale, de la pression croissante exercée par la situation économique en général et le chômage en particulier. On présume, certes, que de plus en plus, des chômeurs en fin de droits finissent par toucher une rente de l'AI. Pourtant, les premières études disponibles tendent plutôt à dire que cela ne se produit que dans une faible mesure⁶¹. La réduction de la durée maximale du droit aux indemnités peut aussi avoir des répercussions sur l'AVS et sur la prévoyance professionnelle si elle induit un recours plus fréquent à la retraite anticipée. Mais sur ce point aussi, on manque de données fiables.

La modification du niveau de la prestation se répercute sur les régimes subséquents de sécurité sociale si, en cas de réduction, les prestations (et les autres ressources) ne permettent plus au chômeur d'assumer financièrement sa vie et qu'il est contraint de recourir aux prestations en cas de besoin fournies par l'aide sociale. A contrario, ces régimes sont déchargés par les augmentations de prestations de l'assurance-chômage dans la mesure où ces dernières se substituent à des prestations en cas de besoin.

⁶⁰ BASS (1997b), Répercussions de modifications des prestations dans l'assurance-chômage. Publication en préparation.

⁶¹ Eschmann, N., Donini, F. (1995), "Le chômage conduit-il à l'invalidité? Quelques considérations statistiques sur la question", Sécurité sociale 6/95, pp. 321-324.

L'étude déjà citée⁶² examine aussi les effets d'une réduction de 5% des indemnités journalières. Alors que l'assurance-chômage est déchargée à hauteur de 5%, les dépenses de l'aide sociale augmentent dans une proportion équivalant à 2,5% des économies réalisées dans l'assurance-chômage.

Autres branches des assurances sociales

Pour les autres branches des assurances sociales, les réductions se traduisent par des répercussions financières si, en cas de réductions, les assurés doivent davantage recourir aux prestations cantonales ou communales en cas de besoin tandis que des hausses de prestations correspondent à un allégement proportionnel du régime des prestations en cas de besoin.

F Perspectives à court terme de l'AVS, de l'AI et de l'AC

La situation de l'AVS, de l'AI et de l'AC s'est nettement détériorée au cours des dernières années.

C'est ainsi qu'en 1996, le compte de l'AVS s'est soldé par un excédent de dépenses de 28 millions de francs alors que jusqu'ici, l'AVS n'avait enregistré de solde négatif qu'entre 1975-1979. Ce mauvais résultat (l'excédent de dépenses s'est produit durant une année où il n'y a pas eu d'augmentation des rentes) est un corollaire de la mauvaise conjoncture économique. Le nombre croissant de chômeurs et la stagnation des salaires se sont pas restés sans conséquences. Les recettes provenant des cotisations n'ont pratiquement pas bougé par rapport à l'année précédente (hausse de 0,5%) et n'ont guère pu compenser la hausse un peu plus marquée des dépenses.

L'AI, quant à elle, accuse depuis 1993 déjà un excédent de dépenses. A la stagnation des recettes provenant des cotisations s'ajoute l'augmentation du nombre de bénéficiaires de rentes AI. Entre 1993 et 1996, leur nombre s'est élevé de 5%. Parmi les principales raisons, citons l'augmentation de nouveaux cas d'invalidité, celle de l'espérance de vie des handicapés et la diminution du nombre de réinsertions dans la vie active. Fort heureusement, on constate ces derniers temps un léger ralentissement de l'augmentation des nouveaux cas d'invalidité.

Dans l'AC, les dépenses ont doublé en raison de la multiplication par deux également du nombre de chômeurs entre 1992 et 1997, tandis que par ailleurs, les recettes ont augmenté de manière insignifiante.

En admettant une diminution du chômage et la réalisation des mesures de financement demandées ou envisagées par le Conseil fédéral, à savoir pour-cent de taxe sur la valeur ajoutée à partir du 1.1.1999 pour l'AVS, maintien du 3e pour-cent de salaire dans l'AC, la situation se présentera de la manière suivante au cours des prochaines années:

⁶² BASS (1997b).

Indications en millions de francs aux prix courants

	AVS				AI			
	Dé-penses	Re-cettes ⁶³	Résultat annuel	Niveau du fonds	Dé-penses	Recettes	Résultat annuel	Niveau du fonds
1996				23'806				- 1'575
1997	26'031	25'028	- 1'003	22'803	7'731	7'109	- 622	- 2'197
1998	26'643	25'317	- 1'326	21'477	8'092	9'537	+1'445 ⁶⁴	- 752
1999	27'729	27'332	- 397	21'080	8'514	7'649	- 865	- 1'617
2000	28'319	28'538	+ 219	21'299	8'772	7'880	- 892	- 2'509
2001	30'639	29'599	- 1'040	20'259	9'319	8'263	- 1'056	- 3'565

	AC				Total AVS, AI et AC			
	Dé-penses ⁶⁵	Recettes	Résultat annuel	Niveau de l'emprunt ⁶⁶	Dé-penses	Recettes	Résultat annuel	Variation annuelle en % des dépenses
1996				6'200				
1997	7'815	5'720	- 2'095	8'300	41'577	37'857	- 3'720	- 8,9%
1998	7'755	6'040	- 1'715	10'000	42'490	40'894	- 1'596	- 3,8%
1999	7'160	6'078	- 1'082	11'100	43'403	41'059	- 2'344	- 5,4%
2000	6'545	6'163	- 382	11'500	43'636	42'581	- 1'055	- 2,4%
2001	5'865	6'243	+ 378	11'100	45'823	44'105	- 1'718	- 3,7%

Tandis que, pour les calculs sur le long terme, les chiffres du présent rapport sont toujours indiqués en prix réels (aux prix de 1997), les valeurs nominales sont indiquées ici en millions de francs sans correction des prix.

Les perspectives de financement futur à court terme jusqu'en 2001 donnent le tableau suivant, qui n'est pas sans susciter quelque inquiétude:

- Dans l'AVS, il faudra compter dans les prochaines années avec des excédents considérables de dépenses. Si le pour-cent de TVA tel qu'il est représenté dans le tableau est prélevé à partir de 1999 conformément au message du Conseil fédéral, le niveau du fonds s'élèvera en 2001 à 20,3 milliards. Le fonds de compensation ne correspondrait plus alors qu'à 66% des dépenses annuelles de l'AVS avant que les corrections induites par la 11e révision de l'AVS ne produisent leurs effets. Si toutefois le Parlement décide de n'introduire le pour-cent de TVA supplémentaire qu'à

⁶³ Pour-cent de TVA inclus à partir de 1999.

⁶⁴ Y compris le transfert de capital des APG (2'200 mio.).

⁶⁵ Hypothèses:

- Maintien du 3e pour-cent de salaire (conformément à la situation légale en vigueur, celui-ci arrivera à expiration mi-1999)

- Diminution du chômage: 1999 = 4,6%, 2000 = 3,9%, 2001 = 3,2%

⁶⁶ La Confédération octroie en principe les prêts par tranches de 100 millions.

partir de l'an 2000, le niveau du fonds ne correspondra plus en 2001 qu'à 60 pour cent des dépenses annuelles, soit 18,3 milliards.

- Dans l'AI, la situation financière ne s'améliorera que provisoirement grâce au transfert de 2,2 milliards provenant du capital des APG. Si l'on ne procède pas à d'autres corrections (le Parlement a renoncé à transférer des pour-mille de cotisation des APG à l'AI), les dettes de l'AI atteindront 3,6 milliards fin 2001. Le montant de ces dettes correspond à 38% des dépenses annuelles.
- Même si l'on admet que le taux de chômage baissera, d'autres dettes s'accumuleront d'ici à l'an 2000 si l'on ne prévoit pas de mesures correctives. On ne pourra songer à une réduction effective de la dette qu'à partir de 2001 au plus tôt, en admettant toutefois que le troisième pour-cent de recette existe toujours et que le chômage régresse dans la mesure espérée. Si, au contraire, le taux de chômage persiste à 5%, ce n'est pas à un excédent de recettes de 378 millions qu'il faudra s'attendre en 2001, mais à un excédent de dépenses de 1855 millions. Si, de surcroît, on renonce à proroger le troisième pour-cent de salaire, le déficit annuel atteindra les 4 milliards.

Compte tenu des hypothèses que nous venons d'exposer, il faudra s'attendre dans ces trois branches des assurances sociales à un excédent de dépenses de 1,6 à 3,7 milliards de francs au total par an. De ce fait, les dépenses ne seront couvertes par les recettes qu'à concurrence de 91 à 97 pour cent. Entre-temps, le niveau du fonds de l'AVS diminuera et les dettes de l'AI et de l'AC augmenteront.

Cette configuration montre nettement qu'à l'avenir, lorsqu'il s'agira de définir des stratégies et de prendre des décisions, il conviendra de tenir compte à la fois du long terme et du court terme. Pour stabiliser les finances des trois assurances sociales majeures que sont l'AVS, l'AI et l'AC, il sera par conséquent indispensable d'envisager aussi des mesures à court terme, pour l'assurance-chômage en particulier.

2e partie: Modules de prestations dans les domaines centraux de la sécurité sociale

G Démarche

G 1 Condensé

La première partie du rapport explicite les différents paramètres de prestations et décrit les mesures de développement et de réduction possibles.

Le chapitre H se concentre sur les domaines centraux de la sécurité sociale que sont les 1er et 2e piliers, l'assurance-maladie et l'assurance-chômage. En sélectionnant certains paramètres de prestations et en combinant entre elles les mesures de développement et de réduction possibles, nous avons établi différents modules de prestations. Ces modules montrent ce qui pourrait être fait dans chacun des trois domaines retenus en fonction des options de „développement“ ou de „réduction“.

G 2 Explications des notions de „développement“ et de „réduction“

Les mesures de développement au sens classique du terme, soit les mesures qui servent à combler les lacunes dans notre système de sécurité sociale, sont complétées par des mesures de développement au sens large ayant pour finalité le maintien du niveau général actuel des prestations (par ex. en améliorant l'adaptation des rentes à l'évolution économique).

Les mesures de réduction au sens classique du terme, soit les mesures qui visent à réduire ou à supprimer des prestations, sont complétées par des mesures de réduction des prestations.

Ne sont donc pas pris en considération seulement les paramètres de prestations au sens étroit. Les adaptations structurelles recelant un potentiel d'économie (par ex. dans l'assurance-maladie, la réduction de surcapacités par le biais de la planification hospitalière) revêtent également une très grande importance. Dans ce contexte, les frontières entre mesures de rationalisation et mesures de réduction des prestations sont floues. Il va de soi que le relèvement de l'âge de la retraite, par exemple, aura d'autres répercussions que, par exemple, la réduction du nombre de lits dans le domaine hospitalier. Cet exemple montre clairement que l'incertitude quant aux économies et aux dépenses supplémentaires possibles exprimées en chiffres n'est pas la même pour toutes les mesures.

Nous nous arrêtons rapidement ici sur la question des effets dans les domaines AVS/AI et AM, au cas où les dépenses devraient impérativement suivre la même cadence que la croissance économique (dans le mandat du Conseil fédéral, on parle de gel des dépenses au titre de la sécurité sociale).

A niveau de prestations constant, le financement supplémentaire dans l'AVS/AI serait de 3,8% de TVA. Déduction faite du pour-cent de TVA pouvant, aux termes de la constitution, être utilisé pour financer les effets du changement de la pyramide des âges,

il demeurerait un besoin financier supplémentaire de 2,8% de TVA. Une stabilisation des dépenses pour l'AVS/AI commanderait ainsi en 2010 une économie équivalant à 2,8% de TVA, soit 6,3 milliards de francs. Autrement dit, il faudrait, à prestations égales, économiser un franc sur six dépensés pour l'AVS/AI en 2010.

Dans l'assurance-maladie, le besoin supplémentaire se chiffrerait à 3,4% de TVA. La stabilisation des dépenses pour cette assurance commanderait des économies de l'ordre de 7,6 milliards francs en 2010. En clair: il faudrait, à prestations égales, économiser un franc sur trois dépensés pour l'AM en 2010.

G 3 Critères pour le choix des paramètres de prestations et définition des accents thématiques

La tâche consiste à élaborer des modules de prestations en sélectionnant et en combinant entre eux les paramètres de prestations décrits dans la première partie. Vu la multitude de ces paramètres, les possibilités sont fort nombreuses. Pour procéder au tri nécessaire, le groupe de travail s'est inspiré des principes suivants:

- *Seuls les paramètres de prestations ayant une importance financière cruciale sont pris en compte.* Le travail de précision qui consisterait à traiter également les changements ayant une moindre portée financière est délégué aux révisions des différentes branches de l'assurance sociale. Cela posé, il n'est pas exclu qu'un grand nombre de mesures d'épargne peu spectaculaires puisse contribuer à améliorer la situation financière de la sécurité sociale. De même, une série de petites améliorations au niveau des prestations elles-mêmes pourrait s'avérer fort utile.
- *S'agissant de mesures de développement, il y a lieu de définir des accents thématiques.* La question de fond qui se pose ici est de savoir s'il faut viser à garantir un niveau général de rente pour tous ou, plutôt, chercher à améliorer la situation des catégories de personnes particulièrement défavorisées.
- *S'agissant de mesures de réduction, il importe de considérer l'aspect temporel.* Le groupe de travail estime que seul un grand nombre de mesures d'économie permettra de réaliser une réduction de l'ampleur décrite dans le scénario "réduction". Si, dans certains cas, il faudra se concentrer sur des éléments de réduction spécifiques (voir modules de prestations pour les 1er et 2e piliers), on table ici plutôt sur des combinaisons de différents éléments, sans accents thématiques. Pour ce qui est des paramètres de réduction individuels, l'aspect temporel est primordial; certaines mesures (par ex. le relèvement de l'âge de la retraite) ne peuvent être réalisées qu'au terme d'une longue période de transition alors que d'autres (par ex. changements dans l'adaptation des rentes) déploient plus rapidement des effets.

G 4 Domaines centraux de la sécurité sociale

Dans son rapport sur les perspectives de financement de la sécurité sociale, le groupe IDA FiSo 1 a fait état d'un besoin supplémentaire de 6,8% de TVA, réparti de façon inégale entre les différentes branches de l'assurance sociale, mais frappant tout spé-

cialement l'AVS (2,5% de TVA, à cause principalement de l'évolution démographique), l'AI (1,3% de TVA en raison de l'augmentation supplémentaire des coûts) et l'AM (3,4% de TVA, au vu de l'accroissement quantitatif attendu). Pour ce qui concerne l'assurance-chômage, le groupe a tablé - dans le scénario de référence tout du moins, qui part d'un taux de chômage de 2,5% - sur une réduction des dépenses équivalant à un pour cent de TVA. Mais si l'on compte que les branches restantes induisent un besoin supplémentaire de 0,6% de TVA, on obtient, toutes assurances sociales confondues, un besoin supplémentaire de 6,8% de TVA. Il n'est donc guère utile de chercher à répartir les corrections équitablement entre toutes les branches de l'assurance sociale. C'est pourquoi nous nous sommes concentrés sur les domaines suivants:

- les 1er et 2e piliers (assurance vieillesse, survivants et invalidité);
 - l'assurance-maladie et
 - l'assurance-chômage.

Ces trois domaines seront présentés plus en détail au chapitre H par le biais des modules de prestations élaborés. Il est certes possibles d'envisager des changements dans les autres domaines de l'assurance sociale, et notamment de réaliser des économies (par ex. dans l'assurance militaire et dans l'assurance-accidents, en adaptant le taux de prestations au niveau standard). Si de telles corrections ne sont pas à négliger, elles n'ont pas de portée décisive sur le système de la sécurité sociale dans son ensemble. Il faut y voir des possibilités complémentaires pouvant être utilement mises en œuvre, plus particulièrement dans le cadre du scénario "réduction ciblée".

G 5 Importance de l'horizon 2010

Les effets des différents modules de prestations sont évalués en partant de la situation présumée en l'an 2010. Il s'agit d'ordres de grandeur. Concernant les données chiffrées surtout, il faut garder à l'esprit que:

- les chiffres se rapportent à l'an 2010, mais qu'ils sont exprimés aux prix actuels;
 - vu la croissance économique réelle au taux retenu de 1,3% par année, les données en francs sont plus élevées qu'aujourd'hui. La remarque est particulièrement importante dans les comparaisons avec les chiffres tirés des messages de révision actuels;
 - le calendrier des projets de révision joue un rôle important;
 - les données chiffrées sont entachées d'incertitude (important pour leur interprétation).

Conformément au mandat du Conseil fédéral, nous avons renoncé à établir des pronostics à plus long terme (jusqu'en l'an 2025). Nous tenons toutefois à signaler que l'accélération du vieillissement de la population dès l'an 2005 continuera à se poursuivre après 2010, et même à s'intensifier.

H Modules de prestations dans les domaines étudiés

En sélectionnant et en combinant entre elles des mesures de développement ou de réduction, nous avons élaboré des modules de prestations pour montrer ce qui pourrait être fait dans chacun des trois domaines retenus en fonction des options de "développement" ou de "réduction".

H 1 Modules de prestations dans le domaine des 1er et 2e piliers

Dans le domaine des 1er et 2e piliers, plusieurs modules de prestations sont envisageables qui esquisSENT la situation du statu quo (pas d'incidence sur les coûts), du développement et de la réduction.

H 1.1 Module 1: Pas d'incidence sur les coûts

Dans ce module, la plupart des paramètres demeurent inchangés. Cela n'exclut pas que des potentiels d'économie relevant de paramètres spécifiques (par ex. dans le domaine des rentes de veuves dans l'AVS, comme décrit dans les modules "réduction") puissent être utilisés pour apporter l'une ou l'autre amélioration (par ex. flexibiliser l'âge de la retraite dans le 1er pilier ou améliorer la protection d'assurance pour les petits revenus).

H 1.2 Module 2: Réduction symétrique

Idée fondamentale: répartir les économies à faire sur le plus grand nombre possible de mesures. Des mesures de réduction sont donc mises en œuvre dans les quatre paramètres centraux (âge de la retraite, niveau de la rente, adaptation de la rente, rentes de veuf et de veuve). Dans ce module, on cherche avant tout à limiter les effets négatifs en termes de politique sociale des mesures de réduction en les répartissant équitablement entre tous.

L'âge de la retraite des femmes est aligné sur celui des hommes; il passe de 64 à 65 ans. Selon A 1.1.1 et A 1.2, cette mesure permettrait de réaliser à long terme des économies de quelque 805 millions de francs (620 millions dans l'AVS et 185 millions dans le 2e pilier). A cette épargne correspond un surplus de dépenses dont l'ampleur, dans le domaine de l'assurance-chômage, est fonction de la situation de l'emploi dans la période observée et des hypothèses retenues. En admettant une hausse des dépenses de 200 millions de francs (70 millions dans l'AI et 130 millions dans l'AC), il resterait une épargne nette de quelque 600 millions de francs. Il convient toutefois de relever ici que l'économie ne pourra atteindre cet ordre de grandeur que si la retraite anticipée est liée à une réduction actuarielle de la rente et n'entre pas en ligne de compte pour les bas revenus. En outre, vu les dispositions transitoires qui s'imposeraient, prétendre vouloir économiser plus que 300 millions de francs à l'horizon 2010 semble illusoire.

Les rentes minimales et maximales demeurent dans l'AVS, mais la limite de revenu est fixée plus haut pour la rente maximale. En admettant que cette correction n'élargit pas le domaine obligatoire du 2e pilier, la protection d'assurance baisse pour les revenus élevés.

L'adaptation des rentes du 1er pilier continue à se faire en fonction de l'indice mixte (moyenne arithmétique de l'indice des salaires et de l'indice des prix), mais elle suivra désormais un rythme triennal ou lieu du rythme bisannuel actuel. L'économie pouvant être réalisée grâce à ce ralentissement du rythme d'adaptation des rentes dépendra de l'indice mixte. Si celui-ci augmente de 4% par année, l'économie sera de 800 millions de francs; avec une augmentation de 2%, elle sera de 400 millions de francs.

Dans le 1er comme dans le 2e pilier, les conditions donnant droit à une rente de veuf ou de veuve devraient être uniformisées. Alors que, dans l'AVS, on prévoit d'adapter les conditions relatives à la rente de veuve à celles, plus sévères, de la rente de veuf, on a opté pour la solution inverse dans le 2e pilier. Dans le 2e pilier (A 4.2), la création d'une rente de veuf aux conditions de la rente pour veuve induit un léger développement alors que, dans l'AVS, cette démarche aura pour effet que seules les veuves ayant des enfants à charge bénéficieront d'une rente de veuve. A l'instar de la rente de veuf, la rente de veuve tomberait en principe lorsque le plus jeune enfant atteint 18 ans (éventuellement 25 ans pour les enfants en formation) - ce qui revient à dire que, jusqu'à l'âge de la retraite, la veuve est censée exercer une activité lucrative. Selon la variante choisie (A 4.1.2 ou A 4.1.3), ce principe serait toutefois lésé en fonction de l'âge de la personne au veuvage. Dans tous les cas, il faudrait, par le biais de dispositions transitoires, garantir que les rentes de veuves actuelles ne soient pas supprimées mais continuent de courir, pour une durée limitée ou illimitée. L'économie réalisée dans le 1er pilier excéderait nettement le surplus de dépenses dans le 2e pilier, l'assurance-chômage et l'aide sociale. Son ampleur dépend de l'aménagement concret de la mesure et des dispositions transitoires.

D'autres mesures devraient venir compléter le paquet "réduction". Mentionnons par exemple la suppression de la rente complémentaire et du quart de rente dans l'AI, ce qui représente des économies d'environ 245 millions de francs en l'an 2010. Ou encore la restriction de l'assurance facultative dans l'AVS (soit une réduction de dépenses de 110 à 120 millions de francs à long terme, mais d'un sixième seulement de ce montant après 10 ans). Ou encore l'utilisation du potentiel d'économie dans le domaine des prestations collectives de l'AI, qui est aujourd'hui difficile à chiffrer. Au cas où ces mesures ne permettraient pas d'atteindre l'économie visée de 500 millions de francs, on pourrait en inclure d'autres encore dans des domaines étroitement liés à l'AI, par ex. le gel du gain maximum assuré dans l'assurance-accidents et dans l'assurance militaire.

Réduction symétrique

Age de la retraite 65/65	- 300 mio.
Formule du calcul de la rente (limite de revenu plus élevée pour obtenir la rente maximale selon A 2.1.5)	- 350 mio.
Adaptation de la rente (tous les 3 ans au lieu de tous les 2 ans selon A 3.1.2)	- 400 mio. à - 800 mio.
Rente de veuf et de veuve (économies selon A 4.1.2 ou 4.1.3 dans le 1er pilier et développement selon A 4.2 dans le 2e pilier)	- 450 mio. à - 650 mio.
Autres mesures	- 500 mio.
	- 2'000 mio. à - 2'600 mio.

Effets: dans ce module, le potentiel d'économie se situe entre 2 et 2,6 milliards de francs, ce qui correspond à environ un pour-cent de TVA ou 4% des dépenses dans les 1er et 2e piliers à cette période.

L'idée de base de la réduction symétrique par la répartition des efforts de réduction sur le plus grand nombre possible de mesures a pour effet que tous les assurés, actifs et retraités, sont touchés par les modifications prévues dans ce module. D'un côté, les femmes sont particulièrement affectées par le relèvement de l'âge de la retraite et les veuves par la restriction du droit à la rente de veuve; de l'autre côté, les modifications dans la formule du calcul de la rente frappent plus fortement les revenus élevés et donc pour l'essentiel des hommes. Finalement, le ralentissement du rythme d'adaptation touche tous les bénéficiaires de rentes.

H 1.3 Module 3: Réduction/accent thématique: âge de la retraite

Idée fondamentale: maintenir le niveau des rentes pour tous les rentiers. Dans ce module, on renonce à des mesures de réduction touchant le niveau des rentes et leur adaptation au développement économique. L'accent porte sur le relèvement de l'âge de la retraite; l'accroissement du nombre de bénéficiaires AVS est freiné, un mouvement encore renforcé par la limitation du droit à la rente de veuve.

L'âge de la retraite est relevé à 66 ans pour les femmes et les hommes jusqu'en l'an 2010. Selon A 1.1.1 et A 1.2, cette mesure permettrait d'économiser environ 3'090 millions de francs brut (2'290 millions dans l'AVS et 800 millions dans le 2e pilier). A cette économie correspondrait un surplus de dépenses dont l'ampleur, dans le domaine de l'assurance-chômage, est fonction de la situation de l'emploi et des hypothèses retenues. En admettant un surplus de dépenses de 840 millions de francs (280 millions dans l'AI et 560 millions dans l'AC), il resterait une épargne nette de 2'250 millions de francs.

Une telle réglementation commande impérativement d'importantes dispositions transitoires et d'éventuelles améliorations en matière de flexibilisation de l'âge de la retraite; il faut donc escompter que seule la moitié de ces économies, soit environ 1'100 millions de francs, pourra être réalisée.

Compte tenu des mesures d'épargne envisagées concernant la rente de veuve et d'autres mesures encore dans les 1er et 2e piliers (par ex. suppression de la rente complémentaire et du quart de rente dans l'AI; limitation de l'assurance facultative de l'AVS; prestations collectives dans l'AVS/AI), ainsi que de celles prises éventuellement dans des domaines connexes (gel du gain maximum assuré dans l'assurance-accidents et l'assurance militaire), on peut renoncer à des corrections dans la formule du calcul de la rente et dans l'adaptation des rentes.

Accent: âge de la retraite

Age de la retraite 66/66 (avec dispositions transitoires et une éventuelle flexibilisation)	- 1'100 mio.
Rentes de veuf et de veuve (économies selon A 4.1.2 ou 4.1.3. dans le 1er pilier et développement selon A 4.2 dans le 2e pilier)	- 450 mio. à - 650 mio.
Autres mesures	- 500 mio.
	- 2'050 mio. à - 2'250 mio.

Effets: dans ce module, le potentiel d'économie est situé entre 2050 et 2250 millions de francs ce qui correspond à un petit 1 pour cent de TVA ou 4% de toutes les dépenses dans les 1er et 2e piliers à cette période.

Le relèvement de l'âge de la retraite constitue une mesure très efficace à long terme. Cependant, en raison des incontournables dispositions transitoires, seule une partie de ce potentiel d'économie pourra être réalisée à court et à moyen termes.

Cette réglementation touche tous les assurés n'ayant pas encore atteint l'âge de la retraite; pour un grand nombre d'entre eux, le début du droit à la rente commence trop tard. Les droits des rentiers actuels en revanche demeurent intacts.

H 1.4 Module 4: Réduction / accent thématique: formule du calcul de la rente

Idée fondamentale: maintenir le niveau de la rente et l'âge de la retraite tels quels pour les petits et moyens revenus. Pour cette raison, on renonce aux mesures de réduction touchant l'âge de la retraite et l'adaptation des rentes au développement économique. C'est seulement dans le domaine de la rente maximale que la formule du calcul de la

rente serait modifiée; la rente maximale est abaissée de 10%. Il n'est pas nécessaire pour cela de procéder à des réductions de rentes; il suffit de geler le montant de la rente maximale jusqu'à ce que l'effet visé soit atteint.

Compte tenu des mesures d'épargne envisagées concernant la rente de veuve et d'autres mesures encore dans les 1er et 2e piliers (par ex. suppression de la rente complémentaire et du quart de rente dans l'AI; limitation de l'assurance facultative de l'AVS; prestations collectives dans l'AVS/AI), ainsi que de celles prises éventuellement dans des domaines connexes (gel du gain maximum assuré dans l'assurance-accidents et l'assurance militaire), on peut renoncer à des corrections portant sur l'adaptation des rentes et l'âge de la retraite.

Accent: formule du calcul de la rente

Abaissement de la rente maximale de 10% (A 2.1.2)	- 2'570 mio.
Rentes de veuf et de veuve (économies selon A 4.1.2 ou 4.1.3. dans le 1er pilier et développement selon A 4.2 dans le 2e pilier)	- 450 mio. à - 650 mio.
Autres mesures	- 500 mio.
	- 3'520 mio. à - 3'720 mio.

Effets: dans ce module, le potentiel d'économie est situé entre 3,5 et 3,7 milliards de francs ce qui correspond à environ 1,6% de TVA ou 6,5% de toutes les dépenses dans les 1er et 2e piliers à cette période.

L'abaissement du niveau de la rente maximale est une mesure extrêmement efficace au plan financier, d'autant plus que les dispositions transitoires jouent un rôle relativement faible. Il y a lieu toutefois de considérer le grand nombre de personnes touchées par cette mesure. Si l'on tient compte du fait que 30% des rentes simples en cours sont des rentes maximales, que la part des deux conjoints pourrait tomber à 80% et que les rentes avoisinant la rente maximale seront également touchées, près de trois quarts de l'effectif total des rentiers seraient affectés par cette mesure.

H 1.5 Module 5: Réduction / accent thématique: adaptation de la rente

Idée fondamentale: freiner les surcoûts découlant du changement de la pyramide des âges par une réduction continue du taux de remplacement (rente en pour-cent du dernier revenu), tout en maintenant l'adaptation du niveau des rentes au renchérissement. L'âge de la retraite demeure inchangé. Dans ce module, les revenus élevés et les bas revenus, les nouveaux rentiers et les rentiers de vieille date sont touchés dans une même mesure.

L'adaptation des nouvelles et des anciennes rentes se ferait non plus sur la base de l'indice mixte (moyenne arithmétique de l'indice salarial et de l'indice des prix), mais exclusivement en fonction de l'évolution des prix. Cette mesure aura pour effet d'abaisser plus encore le taux de remplacement. En outre, le rythme d'adaptation est freiné par rapport au rythme actuel.

Compte tenu des mesures d'épargne envisagées concernant la rente de veuve et d'autres mesures encore dans les 1er et 2e piliers (par ex. suppression de la rente complémentaire et du quart de rente dans l'AI; limitation de l'assurance facultative de l'AVS; prestations collectives dans l'AVS/AI), ainsi que de celles prises éventuellement dans d'autres domaines connexes (gel du gain maximum assuré dans l'assurance-accidents et l'assurance militaire), on peut renoncer à d'autres modifications concernant l'âge de la retraite et le calcul de la rente.

Accent: adaptation des rentes

Adaptation à l'évolution des prix, rythme triennal (A 3.1.1 et A 3.1.2)	- 1'500 mio. à - 1'800 mio.
Rentes de veuf et de veuve (économies selon A 4.1.2 ou A 4.1.3 dans le 1er pilier et développement selon A.4.2 dans le 2e pilier)	- 450 mio. à - 650 mio.
Autres mesures	- 500 mio.
	- 2'450 mio. à - 2'950 mio.

Effets: dans ce module, le potentiel d'économie est situé entre 2,45 et 2,95 milliards de francs ce qui correspond à environ 1,1 à 1,3% de TVA ou 5% de toutes les dépenses dans les 1er et 2e piliers à cette période. L'épargne financière commande une évolution des salaires réels. Si celle-ci n'intervient pas, l'économie n'est pas garantie; si elle intervient, le taux de remplacement baissera plus fortement encore que dans la formule de l'adaptation selon l'indice mixte.

H 1.6

Module 6: Développement / accent thématique: petits revenus, emplois à temps partiel

Idée fondamentale: se concentrer sur les aspects sociaux. On renonce à des améliorations d'ordre général concernant l'adaptation des rentes au développement économique.

Les assurés qui, en raison de leur faible revenu, ne peuvent se permettre une réduction de 6,8% de leur rente par année d'anticipation doivent également pouvoir bénéficier de la flexibilisation de l'âge de la retraite. L'accent est mis sur l'offre d'une solution préférentielle à cette catégorie d'assurés.

Le module prévoit d'améliorer la protection d'assurance pour les revenus modestes pour lesquels un taux de remplacement (rente en pour-cent du dernier revenu) de 60% ne suffit pas. Deux variantes sont considérées: 1) le relèvement de 20% de la rente minimale dans le 1er pilier; 2) la réduction de la déduction de coordination dans le 2e pilier pour les petits et moyens revenus.

Compte tenu de la situation plus défavorable des personnes employées à temps partiel, la déduction de coordination dans le 2e pilier est liée au degré d'occupation. De nombreux employés à temps partiel (principalement des femmes) gagnent ainsi accès à une protection au titre du 2e pilier; même à un faible degré d'occupation, un seuil d'accès approprié est maintenu.

Afin d'empêcher autant que faire se peut une baisse du niveau de prestations découlant de l'espérance de vie en hausse et de la durée plus longue du droit à l'AVS, le module prévoit le relèvement des bonifications de vieillesse du 2e pilier. L'introduction d'une allocation d'assistance devrait encore permettre d'élargir les prestations dans le domaine des soins et de l'assistance dans l'AI.

<i>Accent: petits revenus, employés à temps partiel</i>	<i>Développement total</i>	<i>Développement partiel</i>
Age de la retraite flexible	+ 800 mio.	+ 500 mio.
Développement petits revenus 2e pilier ou augmentation de la rente minimale (A 2.4.1 ou A 2.1.1)	+ 600 mio.	+ 500 mio.
Occupation à temps partiel 2e pilier (A 2.4.2)	+ 300 mio.	
Augmentation des bonifications de vieillesse	+ 1'100 mio.	+ 500 mio.
Introduction d'une allocation d'assistance AI (A 5.3.3)	+ 300 mio.	+ 300 mio.
	+ 3'100 mio.	+ 1'800 mio.

Effets: dans ce module, le surplus de dépenses est d'environ 3,1 milliards de francs ce qui correspond à environ 1,4% de TVA ou 5,5% de toutes les dépenses dans les 1er et 2e piliers à cette période. Avec la variante développement partiel, l'effet financier baisse proportionnellement.

Si l'on comble les lacunes dans le domaine des petits revenus par le biais du 2e pilier, cela signifie l'entrée sur la scène de la prévoyance professionnelle d'environ 240'000 nouveaux assurés (dont 200'000 femmes).

H 1.7**Module 7: Développement / accent thématique: garantir le niveau général des rentes**

Idée fondamentale: garantir le niveau général des rentes. Il n'est pas prévu d'améliorations spécifiques en faveur des petits revenus ou d'autres catégories de personnes. De même, on renonce ici à flexibiliser l'âge de la retraite qui est synonyme de coûts supplémentaires.

Afin d'empêcher autant que faire se peut une baisse du niveau de prestations découlant de l'espérance de vie en hausse et de la durée plus longue du droit à l'AVS, le module prévoit le relèvement des bonifications de vieillesse du 2e pilier.

Les adaptations de rente sont améliorées. Dans le 1er pilier, le rapport de l'indice mixte (50% de l'indice salarial et 50% de l'indice des prix) est modifié à 75%/25% en faveur de l'adaptation aux salaires. Autrement dit: les montants minimaux et maximaux aussi bien pour les rentes en cours que pour les nouvelles rentes sont adaptés dans une plus large mesure à l'évolution des salaires afin de freiner la baisse du taux de remplacement (rente en pour-cent du dernier revenu). Dans le 2e pilier, de plus grands moyens financiers sont engagés pour l'adaptation partielle de la rente vieillesse au renchérissement.

<i>Accent: garantie du niveau général des rentes</i>	<i>Développement total</i>	<i>Développement partiel</i>
Adaptation des rentes du 1e pilier à raison de 75% à l'évolution des salaires (A 3.1.1)	+ 600 mio.	
Augmentation des bonifications de vieillesse 2e pilier (A 2.3)	+ 1'100 mio.	+ 1'100 mio.
Adaptation partielle au renchérissement 2e pilier (A 3.2)	+ 1'100 mio.	+ 700 mio.
	+ 2'800 mio.	+ 1'800 mio.

Effets: dans ce module, le surplus de dépenses est d'environ 2,8 milliards de francs ce qui correspond à environ 1,2% de TVA ou 5% de toutes les dépenses dans les 1er et 2e piliers à cette période. Avec la variante développement partiel, l'effet financier baisse proportionnellement.

H 1.8**Module 8: Développement symétrique**

Idée fondamentale: répondre à un large éventail de souhaits dans les 1er et 2e piliers. Soit, apporter des améliorations d'ordre général servant à garantir le niveau général des rentes, ainsi que des améliorations plus spécifiques à caractère social. Dans le 1er pilier, on vise à augmenter la flexibilité en améliorant les conditions de rente anticipée et notamment en réduisant le taux de réduction actuariel. On peut penser également à une

solution partielle du type rente de retraite dont profiteraient certaines catégories de personnes (par ex. avec longue durée d'assurance minimale, à capacité de travail restreinte ou n'ayant droit de toute façon qu'à une faible rente).

Pour ce qui est d'améliorer la situation des petits revenus, on propose de relever le taux de remplacement pour les personnes seules (il devrait être supérieur à 60%) dans les 1er et 2e piliers. Pour atteindre ce but, deux solutions sont possibles: 1) augmenter la rente minimale dans l'AVS et améliorer la formule du calcul de la rente pour les petits et moyens revenus; 2) réduire la déduction de coordination dans le 2e pilier pour ces catégories de revenus. Il serait tenu compte de la situation spéciale des employés à temps partiel dans le 2e pilier en liant la déduction de coordination au degré d'occupation. Finalement, avec l'introduction d'une allocation d'assistance dans l'AI, on veut améliorer la situation d'une catégorie spéciale de personnes.

Afin de garantir le niveau des rentes, ce module prévoit l'augmentation des bonifications de vieillesse dans le 2e pilier (le plus grand capital vieillesse devant compenser l'espérance de vie accrue). L'adaptation partielle obligatoire au renchérissement de la rente vieillesse dans le 2e pilier remplirait le même but.

<i>Développement symétrique</i>	<i>Développement total (sans accent thématique, la variante développement partiel est dénuée de sens)</i>
Age flexible de la retraite 1er pilier	+ 500 mio.
Développement petits revenus dans le 2e pilier, soit augmentation de la rente minimale dans le 1er pilier (A 2.4.1 ou A 2.1)	+ 600 mio.
Employés à temps partiel (A 2.4.2)	+ 300 mio.
Augmentation bonifications vieillesse 2e pilier (A 2.3)	+ 1'100 mio.
Adaptation partielle au renchérissement 2e pilier (A 3.2)	+ 1'100 mio.
Allocation d'assistance AI (A 5.3.3)	+ 300 mio.
	+ 3'900 mio.

Effets: dans ce module, le surplus de dépenses est de l'ordre de 3,9 milliards de francs, ce qui correspond à environ 1,7% de TVA ou 7% de toutes les dépenses dans les 1er et 2e piliers à cette période.

A défaut d'un accent thématique, le cadre financier ne suffit pas pour répondre pleinement à tous les souhaits d'amélioration.

H 2 Modules de prestations dans le domaine de l'assurance-maladie

Estimations du groupe IDA FiSo 1 quant à l'évolution des coûts

IDA FiSo 1 s'est appuyé sur les développements passés pour évaluer l'évolution des coûts dans l'assurance-maladie jusqu'en l'an 2010. Il s'est avéré que les augmentations de coûts dans l'assurance-maladie ont à chaque fois excédé de 2% l'évolution des salaires réels et l'augmentation des coûts induite par la démographie.

Sur cette base, le groupe IDA FiSo 1 a estimé les augmentations de coûts pour l'évolution future (scénario de référence) comme suit:

Evolution des salaires réels	1,0%
Démographie	0,8%
Accroissement de la quantité de prestations	2,0%
Total	3,8%

Dans le scénario de référence, on présume donc que les dépenses augmenteront de 13,3 à 23,2 milliards de francs entre 1995 et 2010. Mesurées en pour-cent de TVA, elles passeraient ainsi de 7,7% en 1995 à 11,1% en 2010.

Quant aux perspectives après l'an 2010, on est parti de l'idée que les dispositions de la nouvelle loi et la politique du Conseil fédéral porteraient leurs fruits. Les coûts se développeront selon l'évolution démographique (0,4%) et l'évolution des salaires (1%). L'accroissement quantitatif peut être stoppé.

Economies de coûts

Pour le groupe IDA FiSo 2, il est indispensable de juguler la croissance des coûts telle que le groupe IDA FiSo 1 l'a estimée à moyen terme jusqu'en l'an 2010. Le potentiel d'économie doit être pleinement réalisé avant 2010 déjà pour que, dès 2010, l'on puisse entamer le chemin de la croissance esquissé par le groupe IDA FiSo 1 en partant d'un niveau de coûts plus bas.

Comme on l'a déjà vu, il est extrêmement difficile d'évaluer le potentiel d'économie dans l'assurance-maladie. D'abord, les mesures proposées se répercutent souvent sur les paramètres du système lui-même et leurs effets sont de ce fait difficiles à chiffrer. Il s'agit notamment de modifier les comportements des principaux acteurs - assurés, assureurs et fournisseurs de prestations. La Confédération se borne ici à poser des conditions-cadre; les réactions des acteurs sont décisives. Ensuite, la question de l'aménagement

concret des mesures, qui devra rester ouverte ici, joue un rôle important. Finalement, dans de nombreux domaines, la Suisse n'a pas les expériences nécessaires qui permettraient une évaluation quantitative.

Cela dit et conscient de ces incertitudes, le groupe IDA FiSo 2 n'en a pas moins élaboré trois modules de prestations pour l'assurance-maladie. Le premier module se concentre sur des mesures déjà initiées, mais dont on se propose d'accélérer et de systématiser la mise en œuvre. Le deuxième comporte des mesures supplémentaires visant à réduire encore les coûts. Le troisième finalement mise sur l'exploitation totale du potentiel d'économie avec des mesures qui vont jusqu'aux limites du système actuel, voire qui - selon le point de vue, et à plus forte raison dans la variante 2 du module 3, la plus radicale - rompent carrément avec le système.

H 2.1 Module 1: Faible réduction de l'augmentation des coûts

Dans ce module, on table sur la mise en œuvre accélérée et systématique de mesures déjà initiées, et notamment sur la réalisation de la planification hospitalière⁶⁷. Comme on l'a vu, le but visé, soit une réduction de 10% au moins des dépenses dans l'assurance-maladie dans le secteur hospitalier et de 5% des dépenses totales (soit 1,2 milliards de francs en 2010), ne pourra être atteint que si les cantons et le Conseil fédéral remplissent leurs mandats - la planification hospitalière pour les uns, le traitement des recours pour l'autre - dans la même optique de maîtrise des coûts.

Par ailleurs, il y a lieu de poursuivre les efforts entrepris pour baisser les coûts des médicaments. On part ici d'une réduction de 4% des dépenses totales (1 milliard de francs en 2010).

Dans ce module, l'accroissement du volume de prestations dans l'assurance-maladie n'est que faiblement résorbé: l'augmentation supplémentaire des coûts est estimée à 1,6% au lieu de 2% par année. Au total, l'augmentation annuelle des coûts dans l'assurance-maladie est de 3,4%.

Evolution des salaires réels	1,0%
Démographie	0,8%
Accroissement de la quantité de prestations	1,6%
Total	3,4%

H 2.2 Module 2: Réduction modérée de l'augmentation des coûts

Dans ce cas de figure, les mesures déjà initiées (planification hospitalière, prix des médicaments, cf. module 1) sont complétées par d'autres mesures, ce qui doit permettre de réaliser une économie de 10% (2,4 milliards de francs en 2010). Plusieurs possibilités existent d'économiser ces 5% supplémentaires: une légère augmentation de la partici-

⁶⁷ cf. chiffre C4.

pation aux coûts⁶⁸, la promotion de nouvelles formes d'assurances⁶⁹, la réduction des surcapacités dans le secteur ambulatoire⁷⁰, ou la révision du mode de financement des hôpitaux⁷¹. Par rapport au module 1, on exploite ici un potentiel de rationalisation complémentaire en déléguant une plus large part de responsabilité aux assurés et aux fournisseurs de prestations (ambulatoires), et en impliquant ces derniers dans la planification.

Dans ce module, l'accroissement quantitatif dans l'assurance-maladie est nettement réduit: l'augmentation supplémentaire des coûts est de 1,2% au lieu de 2% par année. Au total, l'augmentation annuelle des coûts dans l'assurance-maladie est estimée à 3%.

Evolution des salaires réels	1,0%
Démographie	0,8%
Accroissement de la quantité de prestations	1,2%
Total	3,0%

H 2.3 Module 3: Forte réduction de l'augmentation des coûts

Ce module engage toutes les mesures discutées plus haut. Comme l'aménagement de ces mesures détermine l'ampleur de la réduction des coûts, on part de deux variantes: dans la première, toutes les mesures sont prises en compte mais pas réalisées dans leur plus forte expression en raison des effets qu'elles induisent; dans la seconde, tous les buts sont systématiquement subordonnés à l'objectif de la réduction des coûts. Dans la seconde variante, les changements proposés sont particulièrement incisifs, allant jusqu'à modifier l'assurance-maladie dans ses fondements mêmes. Relevons une fois encore que les potentiels d'économie des mesures individuelles ne peuvent être cumulés⁷².

68 cf. chiffre C2.

69 cf. chiffre C3.

70 cf. chiffre C5.

71 cf. chiffre C7.

72 cf. chiffre C8.

Ce module comporte les mesures suivantes:

Fixation restrictive du catalogue des prestations (y inclus la réévaluation périodique des prestations cataloguées) ⁷³
Forte augmentation de la participation aux coûts et promotion massive d'autres formes d'assurances ⁷⁴
Planification restrictive dans les secteurs hospitalier et ambulatoire ⁷⁵
Prix des médicaments: politique restrictive des prix à l'admission et ajustement systématique des prix à l'expiration des brevets ⁷⁶
Rémunération essentiellement par le biais de forfaits par diagnostic ou par patient ⁷⁷
Révision du mode de financement des hôpitaux ⁷⁸

Dans ce module, l'accroissement du volume de prestations dans l'assurance-maladie est fortement réduit; pour la première variante, qui induit une économie de 15% en l'an 2010 (3,6 milliards de francs), l'accroissement annuel passe de 2 à 0,8 pour cent et pour la deuxième, avec des économies de 20% en 2010 (4,8 milliards de francs) l'accroissement tombe à 0,4%. Au total, l'augmentation annuelle des coûts dans l'assurance-maladie serait réduite de 2,6 et de 2,2 respectivement par année.

	<i>Variante 1</i>	<i>Variante 2</i>
Evolution des salaires réels	1,0%	1,0%
Démographie	0,8%	0,8%
Accroissement de la quantité de prestations	0,8%	0,4%
Total	2,6%	2,2%

H 3 Modules de prestations dans le domaine de l'assurance-chômage

L'ampleur des dépenses nécessaires pour l'assurance-chômage dépend étroitement du taux de chômage et est soumis à d'énormes fluctuations au fil du temps. Dans son rapport, le groupe IDA FiSo 1 avait déjà relevé que l'assurance-chômage réagissait le plus fortement à l'évolution économique. Or, à l'heure actuelle, il n'est pas exclu que le taux

⁷³ cf. chiffre C1.

⁷⁴ cf. chiffres C2 et C3.

⁷⁵ cf. chiffres C4 et C5.

⁷⁶ cf. chiffre C6.

⁷⁷ cf. chiffre C6.

⁷⁸ cf. chiffre C7.

de chômage soit supérieur à 2,5% en 2010. Pour cette raison nous avons ajouté une autre variante avec un taux de chômage à 3,5%. Il en résulte quatre modules différenciés quant au taux de chômage et aux paramètres de prestations.

H 3.1 Module 1: Taux de chômage 2,5 % - palette de prestations inchangée

Conformément aux données chiffrées du scénario de référence d'IDA FiSo 1, les dépenses pourront être couvertes avec 2 pour-cent salariaux en 2010. On admet qu'avec un taux de chômage de 2,5%, la structure des dépenses correspond grossièrement à celle de 1997.

H 3.2 Module 2: Taux de chômage de 3,5% - palette de prestations inchangée

En 2010, les dépenses pourront être couvertes avec 3 pour-cent salariaux, soit un pour-cent de plus que dans le scénario de référence d'IDA FiSo 1. Ce module prévoit donc des dépenses supplémentaires de l'ordre de 2,2 milliards de francs.

Le domaine des mesures relatives au marché du travail est actuellement en phase de développement. Il est prévu d'augmenter l'offre des places de travail à l'année ce qui se répercute évidemment sur les coûts desdites mesures. Pour le module 2, nous partons donc d'une structure de coûts plus chère que pour 1997, ce qui nous semble légitime vu qu'un taux de chômage plus élevé (3,5%) nécessitera l'engagement d'un plus grand nombre de mesures.

H 3.3 Module 3: Taux de chômage de 2,5% - palette de prestations restreinte

En réduisant la palette des prestations à concurrence de 5% environ de leurs coûts, on pourra économiser environ 220 millions de francs. Les dépenses pour 2010 équivaudraient à environ 1,9% des salaires (au lieu des 2% qui seraient nécessaires pour financer la palette de prestations inchangée pour un taux de chômage de 2,5%).

Possibilités de réduction

Réduction de la durée maximale de la période d'indemnisation de 520 à 400 jours	150 mio.
Réduction de la période d'indemnisation pour insolvabilité	42 mio.
Réduction de la durée maximale d'indemnisation pour les personnes dispensées de payer des cotisations de 520 à 200 jours	30 mio.
	222 mio.

H 3.4 Module 4: Taux de chômage 3,5% - palette de prestations restreinte

En réduisant la palette des prestations d'un peu moins de 10% environ de leurs coûts, l'économie potentielle est de quelque 600 millions de francs. Les dépenses pour 2010 équivaudraient à environ 2,7% des salaires (au lieu des 3% qui seraient nécessaires pour

financer la palette de prestations inchangée pour un taux de chômage de 3,5%). Au vu du taux de chômage élevé, et en dépit des mesures d'économie, il résulterait un besoin supplémentaire de 0,7% de salaire, soit d'environ 1,6 milliard de francs en l'an 2010, par rapport au scénario de référence.

Possibilités de réduction

Réduction de la durée maximale de la période d'indemnisation de 520 à 400 jours	290 mio.
Réduction de la durée maximale d'indemnisation pour les personnes dispensées de payer des cotisations de 520 à 200 jours	30 mio.
Réduction de la période d'indemnisation pour insolvabilité	42 mio.
Passage du concept salaire au concept indemnités journalières dans les programmes d'emplois temporaires	155 mio.
Réduction des taux de subvention pour les mesures relatives au marché du travail	24 mio.
Nouvelle réglementation de la limite de surindemnisation en cas de retraite anticipée	8 mio.
Suppression de l'indemnisation en cas d'intempérie	35 mio.
	584 mio.

Tableau récapitulatif: Présentation synoptique des modules de prestations

	<i>AVS/AI/PP</i>	<i>Assurance-maladie</i>	<i>Assurance-chômage</i>
<i>Palette de prestations inchangée</i>	<p>Module de prestations 1 Neutralité des coûts</p>	<p>Module de prestations 1 Léger ralentissement de l'augmentation des coûts (5%) par:</p> <ul style="list-style-type: none"> • planification hospitalière • baisse du prix des médicaments <p>Module de prestations 2 Ralentissement moyen de l'augmentation des coûts (10%) par:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5%: planification hospitalière/baisse du prix des médicaments • 5%: légère augmentation de la participation aux coûts/ promotion de nouveaux modèles d'assurance / réduction des surcapacités dans le secteur ambulatoire/ modification du financement des hôpitaux 	<p>Module de prestations 1 Taux de chômage 2,5%</p> <p>Module de prestations 2 Taux de chômage 3,5%</p>
<i>Palette de prestations réduite</i>	<p>Module de prestations 2 Réduction symétrique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Age de la retraite 65/65 • Relèvement du revenu-limite pour la rente maximale • Ralentissement du rythme de l'adaptation des rentes • Rente de veuve: Restriction des conditions d'octroi <p>Module de prestations 3 Accent mis sur l'âge de la rente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Age de la rente 66/66 • Rente de veuve: Restriction des conditions d'octroi <p>Module de prestations 4 Accent mis sur la formule des rentes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abaissement de la rente maximale • Rente de veuve: Restriction des conditions d'octroi <p>Module de prestations 5 Accent mis sur l'adaptation des rentes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adaptation à l'évolution des prix • Ralentissement du rythme • Rente de veuve: Restriction des conditions d'octroi 	<p>Module de prestations 3 Fort ralentissement de l'augmentation des coûts (15-20%)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Forte augmentation de la participation aux coûts/Promotion massive des modèles d'assurances alternatifs • Planifications restrictives dans les secteurs hospitalier et ambulatoire • Indemnisation essentiellement par le biais de forfaits par patient et/ou par diagnostic • Modification du financement des hôpitaux • Exclusion de toute prestation ne répondant pas au critère économique 	<p>Module de prestations 3 Taux de chômage 2,5%</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réduction de la durée maximale des prestations de 520 à 400 jours • Réduction de 520 à 200 jours de la durée maximale du droit aux indemnités pour les personnes libérées des conditions relatives à la période de cotisation • Réduction de la durée des prestations en cas d'insolvabilité <p>Module de prestations 4 Taux de chômage 3,5%</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réduction de la durée maximale des prestations de 520 à 400 jours • Réduction de 520 à 200 jours de la durée maximale du droit aux indemnités pour les personnes libérées des conditions relatives à la période de cotisation • Réduction de la durée des prestations en cas d'insolvabilité • Système d'indemnités lors de l'application de programmes d'occupation • Réduction des taux de subvention pour les mesures relatives au marché de l'emploi • Limite de surindemnisation en cas de retraite anticipée • Suppression des indemnités en cas d'intempérie.

<p><i>Palette de prestations élargie</i></p>	<p>Module de prestations 6 Accent mis sur les revenus modestes/personnes occupées à temps partiel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Retraite à la carte • Extension pour les revenus modestes • Fixation de la déduction de coordination en fonction du taux d'occupation • Augmentation des avoirs vieillesse • Introduction d'une allocation d'assistance <p>Module de prestations 7 Accent mis sur la garantie générale du niveau des rentes</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1^{er} pilier: adaptation des rentes à l'évolution des salaires à raison de 3/4 • 2^e pilier: augmentation des avoirs vieillesse; adaptation partielle au renchérissement. <p>Module de prestations 8 Développement symétrique</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1^{er} pilier: retraite à la carte; introduction d'une allocation d'assistance • 2^e pilier: fixation de la DC en fonction du taux d'occupation; augmentation des avoirs vieillesse; adaptation partielle au renchérissement • 1^{er} ou 2^e pilier: développement pour les revenus modestes 		
--	--	--	--

3e partie: Paquets de prestations

I Situation initiale, données préalables, démarche

I 1 Situation initiale et données préalables

Dans son rapport de juin 1996, le groupe IDA FiSo 1 a mis l'accent sur la présentation des perspectives de financement à long terme des assurances sociales obligatoires et de l'aide sociale. Partant du système de prestations actuel, il a estimé les besoins financiers attendus pour l'an 2010 et les a comparés à ceux de 1995.

Le groupe de travail s'est appuyé sur différents scénarios économiques et démographiques, soit un scénario de référence et quatre scénarios alternatifs. Le scénario de référence table sur une croissance des salaires réels de 1 pour-cent et une croissance économique moyenne de 1,3% par année. Vu les expériences faites dans le passé concernant l'assurance-invalidité, l'assurance-maladie et l'aide sociale, IDA FiSo 1 a élaboré des hypothèses spécifiques sur une évolution supplémentaire des coûts dans ces domaines. Quant à l'assurance-chômage, le scénario de référence prévoit un recul du taux du chômage par rapport aux chiffres actuels.

Or, depuis la publication du rapport, il semblerait à première vue que l'économie soit en baisse de croissance; on ne peut pas non plus parler d'un recul notable du chômage. Cela dit, gardons-nous d'en tirer la conclusion hâtive que nous nous trouvons aujourd'hui sur le chemin de la décroissance. A la page 16 de son rapport, le groupe IDA FiSo 1 relevait déjà qu'il n'intégrait pas dans son travail de pronostics à court terme et donc renonçait sciemment à harmoniser ses scénarios économiques avec les données du plan de financement à plus court terme de la Confédération. Au centre figure l'appréciation de la situation en 2010 sur la base de l'hypothèse d'un développement modéré jusqu'à cette date.

Sur mandat du Conseil fédéral, le groupe IDA FiSo 2 se fonde, dans son scénario de prestations „statu quo“, sur un besoin financier supplémentaire de 6,8% de TVA pour les assurances sociales obligatoires (sans l'aide sociale). Il part donc du besoin pronostiqué par IDA FiSo 1 sur la base du catalogue de prestations en vigueur, mais en étant pleinement conscient du fait que des données économiques différentes induiront des résultats divergents. Dans le scénario de prestations „réduction“ (besoin supplémentaire: 4,0% de TVA), la tâche consiste à réduire de 2,8% de TVA le besoin financier en 2010 par rapport au catalogue de prestations inchangé. Dans le scénario „augmentation“, on table sur l'engagement de 1,2% de TVA afin de combler des lacunes par rapport au catalogue de prestations actuel.

Scénario de prestations	Besoin financier supplémentaire en 2010, en % TVA	Modification par rapport au statu quo, en % TVA
Statu quo	+ 6,8	-
Réduction ciblée	+ 4,0	- 2,8
Augmentation ciblée	+ 8,0	+1,2

L'ampleur des changements en cas de réduction et de développement devient plus visible encore lorsque l'on calcule les modifications en pour-cent du besoin total et en milliards de francs.

Scénario de prestations	Modification par rapport au statu quo		
	en % TVA	en % du besoin total	en milliards Fr. 2010 (prix 1997)
Réduction ciblée	- 2,8	- 5,7	- 6,3
Augmentation ciblée	+1,2	+2,4	+2,7

Comparé au besoin total exprimé en équivalents TVA par le groupe IDA FiSo 1 et à niveau de prestations constant jusqu'en l'an 2010, une réduction des prestations à concurrence de 2,8 % de TVA équivaudrait donc à une réduction moyenne des prestations de l'ordre de 5,7%; une diminution des prestations d'environ 1,2 % TVA permettrait une amélioration moyenne des prestations de 2,4% de TVA.

En admettant qu'un (1) pour-cent de TVA en 2010 (calculé sur la base des prix de 1997) correspond à un montant de quelque 2,25 milliards de francs (les premières expériences faites avec la taxe sur la valeur ajoutée ont montré que le produit d'un (1) pour-cent de TVA était légèrement plus élevé que ne l'estimait initialement IDA FiSo 1), on pourra dans le scénario de prestation "réduction ciblée" économiser 6,3 milliards de francs, alors que dans le scénario "augmentation ciblée", on part de 2,7 milliards de francs supplémentaires.

Perspectives à court terme dans les domaines AVS, AI et AC

Les perspectives à plus long terme (l'an 2010) figurent au centre de la présente analyse. Mais vu la détérioration très nette de la situation financière de l'AVS, l'AI et l'AC au cours de ces dernières années, il importe de ne pas négliger les perspectives à court terme selon chapitre F.

En effet, vu que

- le fonds de compensation de l'AVS ne couvrira probablement plus que près de 66% des dépenses pour une année;
- en dépit d'un transfert de 2,2 milliards de francs du régime des APG à l'AI, les dettes de l'AI pourraient bien grimper à 38% des dépenses pour une année;
- l'AC, à défaut de mesures correctives, continuera d'accumuler les dettes jusqu'en l'an 2000 au moins.

Il devient évident que les priorités et décisions futures devront tenir compte non seulement des perspectives à long terme esquissées dans le présent rapport, mais également des aspects à court terme.

I 2 Démarche

Dans le chapitre H, nous avons présenté les modules de prestations dans diverses branches des assurances sociales. Dans le chapitre K, nous combinons ces modules entre eux afin d'élaborer des paquets pour l'ensemble du système, correspondant aux trois scénarios de prestations étudiés (statu quo, réduction ciblée et augmentation ciblée).

L'exercice devrait permettre de réaliser les potentiels d'économie qui se dessinent dans différents domaines, et pas seulement dans le scénario „réduction“. Des améliorations ciblées seront possibles également dans les scénarios du statu quo et du développement. Il faudra toutefois veiller à ne mettre en œuvre ces améliorations que si les économies sont efficaces au plan financier.

K Scénarios de prestations

La difficulté d'émettre des „pronostics“ fiables sur les développements dans l'assurance-maladie (et notamment les effets des mesures de réduction des coûts) et plus encore dans l'assurance-chômage (l'ampleur des dépenses dépend du taux de chômage, difficile à piloter) montre à quel point il est ardu d'avoir une vision d'ensemble de toutes les branches de la sécurité sociale dans l'optique d'une limitation stricte des dépenses supplémentaires. Une fois de plus, nous en sommes réduits à émettre des hypothèses pour tenter la conjugaison des différents scénarios.

K 1 Scénario de prestations statu quo (éléments de développement et mesures de réduction des coûts)

La notion de statu quo se réfère au respect du cadre financier de 6,8% de TVA supplémentaire calculé par le groupe IDA FiSo 1 pour l'an 2010. Dans certains domaines, on vise un développement réel, devant être compensé par des mesures de réduction des coûts.

Dans ce scénario, l'enveloppe financière est définie de telle sorte qu'elle suffit à couvrir les prestations actuelles. La plupart des paramètres de prestations demeurent inchangés. Ceci n'exclut toutefois nullement, au cas où des possibilités d'économiser se présenteraient, de réaliser des améliorations ciblées dans un domaine de prestations donné (par ex. dans le module 1 pour les 1er et 2e piliers, pas d'incidence sur les coûts), ou de combiner les économies réalisées dans un domaine avec des améliorations de prestations faites dans d'autres domaines. Cela posé, dès lors qu'un taux de chômage de 3,5% - comparé au taux de 2,5% retenu dans le scénario de référence d'IDA FiSo 1 -

entraîne un surplus de dépenses, les montants correspondants devront être économisés ailleurs si l'on veut respecter l'enveloppe financière.

K 1.1 Paquet pour taux de chômage de 2,5%

AC	AM	1er et 2e piliers	Surplus (+) / baisse (-) de dépenses	
			en % de TVA	en milliards 2010 (prix 1997)
prestations inchangées (module 1)			-	-
	réduction faible à modérée de l'augmentation des coûts (modules 1 et 2)		- 0,5 à - 1,0	- 1,2 à - 2,4
	développement réduit (modules de prestations 6-7)		+0,8	+1,8

A niveau de prestations constant et à comportement inchangé côté employeurs et employés, l'assurance-chômage n'a pratiquement pas d'incidence sur les coûts par rapport au statu quo. On admet la possibilité de réduire les coûts dans l'assurance-maladie. Dans le module 1 (faible réduction), la réalisation de la planification hospitalière et d'autres mesures déjà initiées (par ex. réduction des prix des médicaments) figure au premier plan. Dans le module 2 (réduction modérée), ces mesures sont complétées par d'autres, dégageant un potentiel supplémentaire de rationalisation. Même en réalisant des économies de 5 à 10% des dépenses en 2010, on ne pourra guère qu'atténuer, mais non supprimer, l'augmentation supplémentaire des coûts dans l'assurance-maladie.

Pour ce qui est du développement réduit dans le domaine des 1er et 2e piliers, il est impossible de tenir compte de tous les voeux. D'où la nécessité de choisir un accent thématique: améliorer la protection d'assurance pour les petits revenus (module 6) ou garantir un niveau général des rentes dans le 2e pilier (module 7).

Combiner des mesures de réduction des coûts dans l'assurance-maladie avec des mesures de développement dans les 1er et 2e piliers n'est possible qu'à certaines conditions. Comme le potentiel d'économie dans l'assurance-maladie est extrêmement difficile à évaluer et qu'il dépend dans une mesure décisive des réactions des acteurs impliqués, alors que les coûts des mesures de développement dans les 1er et 2e piliers sont tout à fait quantifiables, on pourrait nous reprocher de confondre les pommes et les poires. On en déduira que les améliorations dans les 1er et 2e piliers ne devront être réalisées que si les économies sont efficaces au plan financier. Par ailleurs, il faut relever que, s'agissant des mesures de développement dans le 2e pilier, les coûts effectifs ne correspondent qu'à la moitié environ des coûts établis, compte tenu du fait que de nombreuses améliorations dans le domaine obligatoire sont déjà réalisées dans le domaine surobligatoire.

K 1.2**Paquet pour taux de chômage de 3,5%**

AC	AM	1er et 2e piliers	Surplus (+) / baisse (-) de dépenses	
			en % de TVA	en milliards 2010 (prix 1997)
prestations réduites (module 4)			+ 0,7	+ 1,6
	réduction faible à modérée de l'augmentation des coûts (modules 1 et 2)		- 0,5 à - 1,0	- 1,2 à - 2,4
	pas d'incidence sur les coûts (module 1)		-	-

Les changements dans l'assurance-maladie et dans l'assurance-chômage s'équilibrivent à peu près. C'est la raison pour laquelle, dans le cadre du scénario statu quo, la variante "sans incidence sur les coûts" (module 1) figure au premier plan pour les 1er et 2e piliers.

K 2**Scénario de prestations réduction ciblée (augmentation de 4 au lieu de 6,8 pour cent de TVA)**

La notion de réduction ciblée se réfère aux prestations. En dépit de mesures de réduction dans la palette des prestations, il n'en demeure pas moins un besoin supplémentaire de 4% de TVA. Par rapport au besoin supplémentaire initialement prévu de 6,8% de TVA, cela représente une économie de 2,8% de TVA.

Dans le scénario réduction, des mesures d'économie s'imposent dans les trois domaines centraux. Il n'est pas possible de réaliser les économies dictées par le cadre financier sans qu'il en résulte des effets notables au plan de la politique sociale.

K 2.1 Paquet pour taux de chômage de 2,5%

		<i>Réduction des dépenses</i>	
		en % de TVA	en milliards 2010 (prix 1997)
AC	prestations inchangées ou réduites (modules 1 et 3)	0 à - 0,1	0 à - 0,2
AM	forte réduction de l'augmentation des coûts (module 3, variante "15%")	- 1,6	- 3,6
1er et 2e piliers	réduction ciblée (modules 2 à 5)	- 0,9 à - 1,6	- 2,0 à - 3,7
Total		- 2,5 à - 3,3	- 5,6 à - 7,5

K 2.2 Paquet pour taux de chômage de 3,5%

		<i>Surplus (+) / baisse (-) de dépenses</i>	
		en % de TVA	en milliards Fr. 2010 (prix 1997)
AC	prestations réduites (module 4)	+ 0,7	+ 1,6
AM	forte réduction de l'augmentation des coûts (module 3, variante "20%")	- 2,1	- 4,8
1er et 2e piliers	réduction ciblée (modules 2 à 5)	- 0,9 à - 1,6	- 2,0 à - 3,7
Total		- 2,3 à - 3	- 5,2 à - 6,9

Les mesures de réduction ont pour effet de freiner notamment l'augmentation des coûts pour tous les assurés. Au centre des mesures de réduction dans les 1er et 2e piliers figurent celles du 1er pilier. Le 2e pilier est touché en premier lieu par l'adaptation de l'âge de la retraite. Aucun module ne prévoyant une augmentation des bonifications de vieillesse dans le 2e pilier, l'augmentation de l'espérance de vie et le taux de conversion en baisse pèsent de tout leur poids sur le niveau des rentes du 2e pilier obligatoire. Les

accents thématiques retenus dans les modules 3 à 5 ont une large portée sous l'angle de la politique sociale: le relèvement de l'âge de la retraite à 66 ans pour les hommes comme pour les femmes et l'adaptation plus faible des rentes touchent tous les assurés, alors qu'une baisse de la rente maximale (ou une réduction correspondante dans le 2e pilier) en touche un grand nombre. On optera donc ici plutôt pour une combinaison de mesures selon le module 2. Dans ce module, les mesures touchent au début du droit à la rente vieillesse (relèvement de l'âge de la retraite à 65 ans pour les femmes), au niveau des rentes pour les revenus donnant droit aujourd'hui à la rente maximale, ainsi qu'aux conditions d'accès à la rente de veuve. Même en ralentissant le rythme d'adaptation, le niveau général des rentes est cependant largement maintenu.

Dans l'assurance-maladie, toutes les mesures envisageables de réduction des coûts devraient être mises en oeuvre (fixation restrictive du catalogue des prestations, forte augmentation de la participation aux coûts, promotion massive de nouvelles formes d'assurance, planification parcimonieuse dans les secteurs hospitalier et ambulatoire, rémunération par le biais de forfaits par diagnostic ou par patient et révision du mode de financement des hôpitaux). Et dans l'assurance-chômage, il faudrait comprimer l'ensemble des prestations de 5 à 10%; réduire la durée de la période d'indemnisation de 520 à 400 jours notamment deviendrait incontournable.

K 3 Scénario de prestations augmentation ciblée (augmentation de 8 au lieu de 6,8 pour cent de TVA)

La notion d'augmentation ciblée se rapporte aux prestations. Le cadre financier prévoit un besoin supplémentaire de 8% de TVA, soit un surplus de 1,2% de TVA par rapport au besoin initialement prévu de 6,8% de TVA, surplus à utiliser pour améliorer les prestations.

En admettant que la palette de prestations demeure inchangée dans l'assurance-chômage et que des mesures de réduction des coûts à concurrence de 5% des dépenses puissent être mises en œuvre dans l'assurance-maladie, nous pouvons envisager un développement dans le domaine des 1er et 2e piliers afin de combler certaines lacunes. L'ampleur de ce développement variera selon que l'on part d'un taux de chômage de 2,5% ou de 3,5%.

A toutes les étapes du développement, il faudra s'assurer de la viabilité des mesures envisagées après 2010 compte tenu du vieillissement démographique. Ces mesures touchent principalement le 2e pilier.

K 3.1 Paquet pour taux de chômage de 2,5%

		Surplus (+) / baisse (-) de dépenses	
		en % de TVA	en milliards 2010 (prix 1997)
<i>AC</i>	prestations inchangées (module 1)	-	-
<i>AM</i>	faible réduction de l'augmentation des coûts (module 1)	- 0,5	- 1,2
<i>1er et 2e piliers</i>	développement (module 8)	+ 1,7	+ 3,9
Total		+ 1,2	+ 2,7

K 3.2 Paquet pour taux de chômage de 3,5%

		Surplus (+) / baisse (-) de dépenses	
		en % de TVA	en milliards 2010 (prix 1997)
<i>AC</i>	prestations inchangées (module 2)	+1,0	+2,2
<i>AM</i>	réduction faible à modérée de l'augmentation des coûts (module 1 ou 2)	- 0,5 à -1,0	- 1,2 à -2,4
<i>1er et 2e piliers</i>	développement total ou partiel (modules 6 ou 7)	+0,8 à +1,3	+1,8 à +3,1
Total		1,2 à 1,3	2,8 à 2,9

Pour le total, on présuppose

- que le module 1 de l'AM (faible réduction) est combiné avec un développement partiel de l'accent thématique retenu dans le domaine des 1er et 2e piliers, ou
- que le module 2 de l'AM (réduction modérée) est combiné avec le développement total de l'accent thématique retenu dans le domaine des 1er et 2e piliers.

Selon le module 8, avec un taux de chômage de 2,5%, il reste une certaine marge de manœuvre dans le domaine des 1er et 2e piliers

- pour des améliorations d'ordre général, dans le but de garantir le niveau général des rentes et
- pour des améliorations d'ordre social.

Avec un taux de chômage de 3,5%, il est indispensable de choisir un accent thématique, soit:

- améliorer la protection d'assurance pour les petits revenus et les personnes employées à temps partiel et autres aspects sociaux (module 6) ou
- garantir le niveau général des rentes (module 7).

Tableau récapitulatif des paquets de prestations

Paquet de prestations 1 dans le scénario „statu quo“ (avec éléments matériels de développement) (taux de chômage 2,5%)		
<i>AVS/AI/PP</i>	<i>Assurance-maladie</i>	<i>Assurance-chômage</i>
Module de prestations 6 Accent mis sur revenus modestes/personnes occupées à temps partiel (extension réduite) <ul style="list-style-type: none"> • Retraite à la carte • Relèvement de la rente minimale • Fixation de la déduction de coordination en fonction du taux d'occupation • Augmentation des avoirs vieillesse • Introduction d'une allocation d'assistance 	Module de prestations 1 Léger ralentissement de l'augmentation des coûts (5%) par: <ul style="list-style-type: none"> • Planification hospitalière • Baisse du prix des médicaments 	Module de prestations 1 Taux de chômage 2,5% Palette de prestations inchangée
et	et	
Module de prestations 7 Accent mis sur la garantie générale du niveau des rentes (extension réduite) <ul style="list-style-type: none"> • 1^{er} pilier: adaptation des rentes à l'évolution des salaires • 2^{er} pilier: augmentation des avoirs de vieillesse et adaptation partielle au renchérissement 	Module de prestations 2 Ralentissement moyen de l'augmentation des coûts (10%) par: <ul style="list-style-type: none"> • 5%: planification hospitalière/baisse du prix des médicaments • 5%: légère augmentation de la participation aux coûts/promotion de nouveaux modèles d'assurances/réduction des surcapacités dans le secteur ambulatoire/ modification du financement des hôpitaux 	
OU	OU	
+ 1,8 milliard de francs	-1,2 à -2,4 milliards de francs	0

Paquet de prestations 2 dans le scénario „statu quo“ (avec éléments matériels de développement) (taux de chômage 3,5%)		
<i>AVS/AI/PP</i>	<i>Assurance-maladie</i>	<i>Assurance-chômage</i>
Module de prestations 1 Neutralité des coûts	Module de prestations 1 Léger ralentissement de l'augmentation des coûts (5%) par: <ul style="list-style-type: none">• planification hospitalière• baisse du prix des médicaments	Module de prestations 4 Taux de chômage 3,5% <ul style="list-style-type: none">• Réduction de la durée maximale des prestations de 520 à 400 jours• Réduction de 520 à 200 jours de la durée maximale du droit aux indemnités pour les personnes libérées des conditions relatives à la période de cotisation• Réduction de la durée des prestations en cas d'insolvabilité• Système d'indemnités lors de l'application de programmes d'occupation• Réduction des taux de subvention pour les mesures relatives au marché de l'emploi• Limite de surindemnisation en cas de retraite anticipée• Suppression des indemnités en cas d'intempérie.
et	et	
	OU	
	Module de prestations 2 Ralentissement moyen de l'augmentation des coûts (10%) par: <ul style="list-style-type: none">• 5%: planification hospitalière / baisse du prix des médicaments• 5%: légère augmentation de la participation aux coûts / promotion de nouveaux modèles d'assurance/réduction des surcapacités dans le secteur ambulatoire/ modification du financement des hôpitaux	
0	-1,2 à -2,4 milliards de francs	+1,6 milliards de francs

Paquet de prestations 1 dans le scénario „Réduction ciblée“ (taux de chômage 2,5%)		
<i>AVS/AI/PP</i>	<i>Assurance-maladie</i>	<i>Assurance-chômage</i>
Module de prestations 2 Réduction symétrique <ul style="list-style-type: none"> • Age de la retraite 65/65 • Relèvement du revenu-limite pour la rente maximale • Ralentissement du rythme de l'adaptation des rentes • Rente de veuve: Restriction des conditions d'octroi 	<i>et</i>	Module de prestations 3 Fort ralentissement de l'augmentation des coûts (15%) <ul style="list-style-type: none"> • Forte augmentation de la participation aux coûts/Promotion massive des modèles d'assurances alternatifs • Planifications restrictives dans les secteurs hospitalier et ambulatoire • Indemnisation essentiellement par le biais de forfaits par patient et/ou par diagnostic • Modification du financement des hôpitaux • Exclusion de toute prestation ne répondant pas au critère économique
Module de prestations 3 Accent mis sur l'âge de la rente <ul style="list-style-type: none"> • Age de la rente 66/66 • Rente de veuve: Restriction des conditions d'octroi 	<i>et</i>	Module de prestations 1 Taux de chômage 2,5% Palette de prestations inchangée <ul style="list-style-type: none"> • Réduction de la durée maximale des prestations de 520 à 400 jours • Réduction de 520 à 200 jours de la durée maximale du droit aux indemnités pour les personnes libérées des conditions relatives à la période de cotisation • Réduction de la durée des prestations en cas d'insolvabilité
Module de prestations 4 Accent mis sur la formule des rentes <ul style="list-style-type: none"> • Abaissement de la rente maximale • Rente de veuve: Restriction des conditions d'octroi 	<i>ou</i>	Module de prestations 3 Taux de chômage 2,5% <ul style="list-style-type: none"> • Réduction de la durée maximale des prestations de 520 à 400 jours • Réduction de 520 à 200 jours de la durée maximale du droit aux indemnités pour les personnes libérées des conditions relatives à la période de cotisation • Réduction de la durée des prestations en cas d'insolvabilité
Module de prestations 5 Accent mis sur l'adaptation des rentes <ul style="list-style-type: none"> • Adaptation à l'évolution des prix • Ralentissement du rythme • Rente de veuve: Restriction des conditions d'octroi 	<i>ou</i>	
-2,0 à -3,7 milliards de francs	-3,6 milliards de francs	0 à -0,2 milliards de francs

Paquet de prestations 2 dans le scénario „Réduction ciblée“ (taux de chômage 3,5%)				
AVS/AI/PP	Assurance-maladie	Assurance-chômage		
Module de prestations 2 Réduction symétrique <ul style="list-style-type: none"> • Age de la retraite 65/65 • Relèvement du revenu-limite pour la rente maximale • Ralentissement du rythme de l'adaptation des rentes • Rente de veuve: Restriction des conditions d'octroi 	et	Module de prestations 3 Fort ralentissement de l'augmentation des coûts (20%) <ul style="list-style-type: none"> • Forte augmentation de la participation aux coûts/Promotion massive des modèles d'assurances alternatifs • Planifications restrictives dans les secteurs hospitalier et ambulatoire • Indemnisation essentiellement par le biais de forfaits par patient et/ou par diagnostic • Modification du financement des hôpitaux • Exclusion de toute prestation ne répondant pas au critère économique 	et	Module de prestations 4 Taux de chômage 3,5% <ul style="list-style-type: none"> • Réduction de la durée maximale des prestations de 520 à 400 jours • Réduction de 520 à 200 jours de la durée maximale du droit aux indemnités pour les personnes libérées des conditions relatives à la période de cotisation • Réduction de la durée des prestations en cas d'insolvenabilité • Système d'indemnités lors de l'application de programmes d'occupation • Réduction des taux de subvention pour les mesures relatives au marché de l'emploi • Limite de surindemnisation en cas de retraite anticipée • Suppression des indemnités en cas d'intempérie
OU Module de prestations 3 Accent mis sur l'âge de la rente <ul style="list-style-type: none"> • Age de la rente 66/66 • Rente de veuve: Restriction des conditions d'octroi 				
OU Module de prestations 4 Accent mis sur la formule des rentes <ul style="list-style-type: none"> • Ablissement de la rente maximale • Rente de veuve: Restriction des conditions d'octroi 				
OU Module de prestations 5 Accent mis sur l'adaptation des rentes <ul style="list-style-type: none"> • Adaptation à l'évolution des prix • Ralentissement du rythme • Rente de veuve: Restriction des conditions d'octroi 				
-2,0 à -3,7 milliards de francs	-4,8 milliards de francs	+1,6 milliards de francs		

Paquet de prestations 1 dans le scénario „Augmentation ciblée“ (taux de chômage 2,5%)				
AVS/AI/PP	Assurance-maladie	Assurance-chômage		
Module de prestations 8 Développement symétrique <ul style="list-style-type: none"> • 1^{er} pilier: retraite à la carte; introduction d'une allocation d'assistance • 2^{er} pilier: fixation de la DC en fonction du taux d'occupation; augmentation des avoirs vieillesse; adaptation partielle au renchérissement; tw. Teuerungsanpassung • 1^{er} ou 2^{er} pilier: développement pour les revenus modestes 	et	Module de prestations 1 Léger ralentissement de l'augmentation des coûts (5%) par: <ul style="list-style-type: none"> • planification hospitalière • baisse du prix des médicaments 	et	Module de prestations 1 Taux de chômage 2,5% <ul style="list-style-type: none"> • Palette de prestations inchangée
+3,9 milliards de francs	-1,2 milliards de francs	0		

Paquet de prestations 2 dans le scénario „Augmentation ciblée“ (taux de chômage 3,5%)				
AVS/AI/PP	Assurance-maladie	Assurance-chômage		
Module de prestations 6 Accent mis sur les revenus modestes/personnes occupées à temps partiel <ul style="list-style-type: none"> • Retraite à la carte • Extension pour les revenus modestes • Fixation de la déduction de coordination en fonction du taux d'occupation • Augmentation des avoirs vieillesse • Introduction d'une allocation d'assistance 	et	Module de prestations 1 Léger ralentissement de l'augmentation des coûts (5%) par: <ul style="list-style-type: none"> • planification hospitalière • baisse du prix des médicaments 	et	Module de prestations 2 Taux de chômage 3,5% Palette de prestations inchangée
OU				
Module de prestations 7 Accent mis sur la garantie générale du niveau des rentes <ul style="list-style-type: none"> • 1^{er} pilier: adaptation des rentes à l'évolution des salaires à raison de 3/4 • 2^{er} pilier: augmentation des avoirs vieillesse; adaptation partielle au renchérissement. 	Module de prestations 2 Ralentissement moyen de l'augmentation des coûts (10%) par: <ul style="list-style-type: none"> • 5%: planification hospitalière/baisse du prix des médicaments • 5%: légère augmentation de la participation aux coûts/ promotion de nouveaux modèles d'assurance / réduction des surcapacités dans le secteur ambulatoire/ modification du financement des hôpitaux 			
+1,8 à +3,1 milliards de francs	-1,2 à -2,4 milliards de francs	+2,2 milliards de francs		

4e partie: Alternatives de financement et conséquences économiques

L Introduction

Depuis la publication du rapport IDA FiSo 1, divers débats et interventions parlementaires sur le financement des assurances sociales ont montré le vif intérêt porté à l'examen rapide d'une réforme écologique du système fiscal et à d'autres nouvelles sources de financement. Toutes ces propositions ont un point commun : la volonté de ne pas grever davantage le facteur de production travail par des taxes.

Le groupe de travail IDA FiSo 1 avait déjà proposé l'examen d'un financement partiel des assurances sociales par un impôt sur l'énergie. Différentes autres sources de financement ont, depuis lors, fait l'objet de discussions : un impôt sur les gains en capital⁷⁹, un impôt sur les successions et les donations au niveau fédéral⁸⁰ ainsi qu'un impôt sur la valeur ajoutée brute des entreprises⁸¹. Considérant que, dans ce domaine, une affectation en faveur des assurances sociales ne serait pas judicieuse, le groupe IDA FiSo 2 n'a pas donné suite aux propositions concernant un impôt sur les gains en capital et un impôt sur les successions et les donations. Ces impôts pourraient toutefois contribuer au financement de la quote-part de la Confédération aux assurances sociales. La Commission consultative du groupe IDA FiSo 2 a suggéré d'examiner aussi la possibilité d'introduire un impôt sur la valeur ajoutée brute des entreprises. Mais le groupe, faute de temps, n'a pas pu procéder à une analyse détaillée. Il s'est donc concentré sur une imposition de l'énergie comme source possible de financement partiel des assurances sociales à côté de la TVA et d'un pourcent salarial.

L 1 Impôt sur l'énergie: une source de financement possible pour les assurances sociales

Le système fiscal subdivise les taxes publiques en impôts et en taxes de causalité. Alors que les impôts sont dus sans condition, les taxes de causalité sont liées à une contre-prestation fournie au débiteur de la taxe. On parle d'impôt sur l'énergie lorsque le prélèvement sert avant tout à procurer à l'Etat les ressources qui lui permettent de financer les tâches d'intérêt public. On utilise le terme de taxe sur l'énergie ou de taxe incitative sur l'énergie lorsque le but premier est d'encourager les assujettis à adopter un comportement déterminé.

L 2 Imposition de l'énergie: aperçu des projets pendents

Dans le domaine de l'imposition de l'énergie, de nombreux projets sont actuellement débattus. Les concepts qui les sous-tendent se contredisent en partie. En vertu de la révision de la loi sur la protection de l'environnement, la Confédération est tenue de

⁷⁹ Question ordinaire Jans (97.1109), question ordinaire Ostermann (96.1128), motion Rechsteiner Paul (96.3584).

⁸⁰ Motion Hafner Ursula (96.3213).

⁸¹ Flückiger, Y., Suarez Cordero, J. (1995), Analyse économique des différentes propositions de réforme du financement des assurances sociales. Série de publications du LEA no 7, Genève.

percevoir une taxe d'incitation sur l'huile de chauffage « extra-légère » d'une teneur en soufre supérieure à 0,1%. Le Conseil fédéral a récemment adopté l'ordonnance correspondante. A partir du deuxième semestre de 1998, cette taxe produira chaque année des recettes estimées à environ 20 millions de francs qui seront redistribués via les caisses-maladie (imputation sur les primes). Dans son message du 17 mars 1997 relatif à la loi fédérale sur la réduction des émissions de CO₂, le Conseil fédéral propose de fixer des objectifs de réduction des émissions de CO₂ au niveau de la loi. L'introduction de la taxe sur le CO₂ n'est prévue que si les objectifs de réduction ne peuvent être atteints par d'autres mesures. Quoi qu'il en soit, la taxe serait introduite au plus tôt en 2004. Selon le projet de loi, le montant de la taxe n'excédera pas 210 francs par tonne de CO₂. Les recettes dégagées par cette taxe sont estimées à 2,5 à 3,0 milliards de francs par année en cas de taux maximal. Elles doivent être réparties entre la population et les milieux économiques, proportionnellement à la charge subie du fait de la taxe.

Dans le cadre de sa stratégie « Développement durable en Suisse », le Conseil fédéral a décidé d'étudier la possibilité de créer, dans la politique financière et fiscale, des instruments d'incitation permettant à la fois de promouvoir l'emploi et d'atteindre des objectifs de politique énergétique et environnementale. Il a envisagé d'établir à ce sujet un rapport pour l'an 1999. Les résultats de ces études seront pris en considération dans les travaux effectués en vue de remplacer le régime financier actuel qui est limité à 2006.

Pour le financement des NLFA, il est notamment question de relever la taxe sur les huiles minérales frappant les carburants. Le projet fait actuellement l'objet d'une procédure de règlement des différends aux Chambres fédérales. La possibilité d'introduire des taxes sur l'énergie a également été examinée au cours des délibérations sur la loi relative à l'énergie et la loi sur le marché énergétique. Les commissions préparatoires sont en train d'étudier la question.

Trois initiatives populaires et une initiative cantonale demandant une imposition de l'énergie ont été déposées. Le Conseil fédéral rejette tant l'initiative „énergie et environnement“ qui prévoit une taxe sur l'énergie dont le produit serait redistribué que l'initiative solaire qui réclame une taxe spéciale sur l'énergie dont le produit servirait à promouvoir l'énergie. En fait, la loi fédérale sur la réduction des émissions de CO₂ est un contre-projet à l'initiative „énergie et environnement“. Le Conseil fédéral n'a en revanche pas encore pris position sur l'initiative „Pour garantir l'AVS – taxer l'énergie et non le travail“. Celle-ci prévoit une réforme écologique du système fiscal avec un financement des assurances sociales par le biais d'un impôt sur l'énergie.

Une initiative du canton de Lucerne demande une réforme écologique du système fiscal dans un sens global. Cette réforme devrait être réalisée rapidement et centrée sur une taxe sur l'énergie. Enfin, différentes interventions parlementaires visent à introduire des impôts sur l'énergie et à donner rapidement un caractère écologique à notre système fiscal.

L 3 Exigences essentielles auxquelles doit satisfaire un impôt sur l'énergie

Pour ne pas fausser la concurrence, il faudrait, en vue de financer les assurances sociales, envisager en premier lieu un impôt général sur l'énergie basé sur la teneur énergétique ou éventuellement le prix de l'énergie. Pour des raisons économiques et admi-

nistratives, l'imposition devrait s'inscrire dans le cadre du système des impôts de consommation spéciaux, comme c'est déjà le cas de l'imposition des huiles minérales.

L 4 Rendement des impôts sur l'énergie

Le rendement de nouveaux impôts sur l'énergie dépend évidemment de l'aménagement concret de cette fiscalité. Les calculs portant sur différents projets d'imposition de l'énergie permettent de dire qu'un tel impôt pourrait contribuer à financer les assurances sociales en fournissant quelques milliards de francs.

Le rendement à court terme d'impôts sur l'énergie est déterminé essentiellement par l'élasticité-prix de la demande d'agents énergétiques. Malgré certaines différences relevées dans les estimations, on constate que l'élasticité est relativement faible puisque les valeurs sont bien inférieures à un. Cela signifie qu'après l'introduction de l'impôt, la consommation d'énergie diminue certes, mais dans une proportion minime.

A long terme en revanche, l'élasticité-PIB ou l'élasticité-revenu de la demande joue un rôle déterminant. Dans le passé, la consommation d'énergie et la croissance économique ont suivi une courbe presque parallèle. A long terme, cela risque toutefois de ne plus être le cas en raison des mesures d'économies d'énergie et de l'accroissement du rendement énergétique auquel on peut s'attendre dans l'économie. Il faut donc compter sur une progression des recettes inférieure à celle de la croissance économique. Même si l'on relève constamment le taux de l'impôt, l'évolution des recettes provenant des impôts sur l'énergie risque bien de ne pas être aussi dynamique que celle des dépenses dans le domaine des assurances sociales. On aboutirait donc à la situation que l'on connaît aujourd'hui avec l'impôt sur le tabac et les impôts sur l'alcool qui financent partiellement l'AVS. La part de financement en soi pas très élevée ne ferait que décroître.

Il ne faut enfin pas oublier qu'en matière d'imposition des carburants, la Suisse ne peut agir de manière autonome. Vu sa situation géographique, notre pays ne peut se permettre d'augmenter, par des mesures fiscales, les prix des carburants de façon telle qu'ils soient supérieurs à ceux pratiqués dans les régions frontalières. Les automobilistes iraient en effet faire le plein de l'autre côté de la frontière, ce qui entraînerait une perte de recettes pour la caisse fédérale. Selon l'évolution des prix à l'étranger, le produit de l'imposition des carburants ne permettrait absolument pas - ou alors seulement de façon très limitée - de financer les assurances sociales.

Pour résoudre le problème de la baisse constante de la part au financement, il faudrait examiner dans quelle mesure la lacune pourrait être comblée par d'autres impôts (concept dit de l'enveloppe).

L 5 Conséquences économiques

Si l'on considère la majorité des études connues, le jugement porté sur les conséquences macro-économiques des impôts sur l'énergie ne peut être négatif exclusivement⁸². Il

⁸² Les résultats des différentes études de PROGNOS et d'INFRAS dont on dispose ne permettent pas de donner des indications plus précises.

faut toutefois tenir compte du fait qu'en Suisse, la plupart des études portent sur des taxes sur l'énergie prévoyant une large compensation ou redistribution des recettes.

Dans le cadre des mandats scientifiques attribués par le groupe IDA FiSo 2, l'institut ECOPLAN/Felder a, sur la base d'un modèle d'équilibre général (voir chiffre M 2.1), analysé les incidences d'un impôt sur l'énergie sur le développement économique.

Une couverture complète des besoins financiers supplémentaires par le biais d'un impôt sur l'énergie conduirait à des taux d'impôt trop peu réalistes.

Le bureau ECOPLAN/Felder s'est donc fondé sur un relèvement progressif des prix de l'énergie de 35% pendant la période de référence. Les besoins supplémentaires restants sont couverts par une augmentation de la taxe sur la valeur ajoutée (concept de l'enveloppe). En raison de cette enveloppe, la taxe sur l'énergie retenue équivaut à un impôt de consommation (pour les ménages) ou à un impôt sur le facteur de production (pour les entreprises), avec des taux différents. Elle est donc légèrement moins efficace qu'un financement des besoins supplémentaires relatifs par le seul biais de la taxe sur la valeur ajoutée (PIB - 0,4%).

Des différences sensibles se manifestent en revanche au niveau de la charge imposée aux branches dépendant principalement de l'énergie. Cette charge est évidemment bien plus lourde avec un impôt sur l'énergie.

Il se pourrait que le modèle ECOPLAN/Felder, vu sa structure, sous-estime les effets négatifs d'une taxe énergétique sur la croissance économique. En outre, les coûts non monétaires pour les usagers, ainsi que la réduction des externalités positives entre utilisateurs ne sont pas, ou en partie seulement, pris en considération. D'un côté, le modèle ne tient pas compte non plus des effets positifs sur l'environnement d'une baisse de la demande d'énergie. Si bien que l'effet total d'un impôt sur l'énergie sur le bien-être social demeure incertain.

Si un impôt sur l'énergie est introduit dans le but de donner au système fiscal un caractère écologique, le bureau ECOPLAN/Felder, pour des considérations d'efficience, préfère une taxe sur l'énergie pour financer les assurances sociales plutôt qu'une rétrocession directe des recettes. Le remplacement d'autres impôts tend à réduire les distorsions existantes dans la structure des prix d'une économie.

L 6 Rôle de l'imposition de l'énergie pour les finances fédérales

L'énergie constitue un important substrat fiscal pour la Confédération. Hormis la taxe sur la valeur ajoutée, l'imposition de l'énergie est l'une des rares possibilités stratégiques dont dispose la Confédération pour financer les charges futures connues.

Dans l'intérêt de la place économique suisse, il est indispensable de mettre un frein à l'évolution des coûts salariaux accessoires et de les stabiliser tout au moins à moyen ou long terme par des impôts indirects. Au début du siècle prochain, le régime financier en vigueur devra être remplacé. La compétence de percevoir l'impôt fédéral direct et la taxe sur la valeur ajoutée est limitée, dans la constitution, à fin 2006. La réforme éco-

logique du système fiscal sera un thème important des travaux préliminaires au nouveau régime financier qui vont commencer ces prochaines années.

L 7 La question des affectations

Le budget de la Confédération comporte, aujourd’hui déjà, des taxes affectées, avec des financements spéciaux. On les trouve surtout dans le domaine social ainsi que dans ceux des transports et de l’agriculture. Une nouvelle affectation est, comme on le sait, prévue pour les besoins de financement particuliers des transports publics. Bien que, dans un domaine déterminé de tâches et dans la phase de développement surtout, les affectations puissent être justifiées, elles sont en principe critiquables sous l’angle de la politique financière. Elles compliquent encore la gestion déjà difficile des finances. En outre, elles peuvent fausser l’ordre des priorités pour l’attribution des ressources, ce qui peut conduire à des solutions moyennement satisfaisantes. Enfin, les affectations font, à long terme, courir le risque d’engager des moyens financiers à mauvais escient. D’autres affectations pour des domaines politiques déterminés sont donc, en principe, à rejeter.

A l'avenir, le besoin de financement sera, comme on le sait, considérable dans le domaine des assurances sociales, même si certaines prestations sont revues à la baisse. Dans les débats politiques, l'accent est mis sur des augmentations de la TVA. Parallèlement, différentes propositions concrètes visent à introduire des impôts sur l'énergie dont le produit doit soit servir à de nouvelles mesures de promotion affectées, soit être redistribué à la population et aux milieux économiques. Pour des raisons économiques et de politique financière, il faut préférer à une telle utilisation du substrat fiscal qu'est l'énergie un financement partiel des besoins inévitables des assurances sociales par un impôt sur l'énergie. Comme les besoins supplémentaires des assurances sociales sont supérieurs aux recettes d'un impôt sur l'énergie, le danger d'une utilisation inefficace des moyens financiers, inhérent à l'affectation, est faible.

La structure concrète du financement devrait dépendre des conditions cadres de chacune des branches des assurances sociales. Dans la perspective actuelle, il serait préférable d'attribuer directement les moyens financiers aux assurances sociales, comme c'est le cas des pourcentages prélevés sur les salaires en faveur de l'AVS, plutôt que de prévoir un véritable financement affecté dans le cadre du budget fédéral.

L 8 Conclusions

Les affectations des ressources fédérales sont, il est vrai, indésirables. Mais, vu le fort besoin de financement des assurances sociales pour l'avenir et les propositions actuelles dans le domaine de l'imposition de l'énergie, il est préférable d'utiliser le produit d'un impôt sur l'énergie pour couvrir les besoins des assurances sociales. Une attribution directe aux assurances est en point de mire. Le problème de l'insuffisance de la dynamique des impôts sur l'énergie doit être pris en compte pour élaborer des propositions concrètes. Il faut en outre s'assurer que les taxes fiscales n'entrent pas en concurrence, surtout dans le domaine du financement des transports publics.

M**Conséquences économiques des scénarios de prestations et des alternatives de financement**

Le groupe de travail IDA FiSo 2 se fonde sur les résultats des travaux du groupe IDA FiSo 1. Ce dernier a examiné différentes sources de financement susceptibles de remplacer le mode de financement actuel. Plusieurs d'entre elles présentent de grandes similitudes. Aucune différence fondamentale ne les distingue. Cette constatation ainsi que l'évaluation politique de l'introduction d'autres impôts ont amené le groupe IDA FiSo 2 à limiter ses analyses aux conséquences économiques des sources actuelles de financement (pour-cent prélevés sur le revenu du travail, primes par tête dans l'assurance-maladie, taxe sur la valeur ajoutée et impôts sur le revenu pour les contributions des pouvoirs publics), éventuellement complétées par un impôt sur l'énergie⁸³.

Dans son rapport, le groupe IDA FiSo 1 a émis des considérations théoriques sur les conséquences économiques. Faute de temps, il a dû se contenter de décrire différentes conséquences imaginables et de dégager des tendances. Il ne lui a, en revanche, pas été possible, de fournir des données quantitatives. Le groupe IDA FiSo 1 estimait que cette lacune devait être comblée par des études réalisées sur mandat.

Fort des résultats d'IDA FiSo 1, le Conseil fédéral a confié au groupe de travail IDA FiSo 2 le soin de faire examiner les conséquences économiques des différents scénarios de prestations et alternatives de financement. IDA FiSo 2 a lancé un appel d'offres publiques pour ces études⁸⁴.

Selon cet appel d'offres, il s'agissait de mettre l'accent principal sur les répercussions de taxes supplémentaires sur

- la croissance économique et l'emploi,
- les salaires, les prix et les taux d'intérêt,
- la compétitivité, par exemple en termes d'expansion de nos exportations,
- le stock de capital et
- les investissements directs à l'étranger et la balance courante.

Un modèle quantitatif macro-économique complètement spécifié devait sous-tendre les études. L'appel précisait en outre que le besoin de financement résultant des travaux du groupe IDA FiSo 1 devait servir de point de départ.

Pour ces études, le groupe IDA FiSo 2 a fixé comme condition que les modèles choisis mettent en évidence les interactions entre les scénarios de prestations et de financement d'une part et l'évolution économique d'autre part. Les modèles qui satisfont à ces exigences sont complexes, travaillent sur la base d'hypothèses déterminées et ont des propriétés spécifiques. Le groupe IDA FiSo 2 a donc tenu à ce que les études soient réalisées par différents mandataires utilisant des types de modèle différents.

Cinq offres sont parvenues au groupe de travail. Celui-ci a pris en considération les offres des instituts ECOPLAN/Felder et INFRAS/KOF qui ont tous deux proposé une

⁸³ Cf. rapport IDA FiSo 1, p. 99 – 116, en particulier p. 115 s.

⁸⁴ L'appel d'offres a été publié dans la Vie Economique 3/97, p. 41.

analyse des répercussions économiques basée sur un modèle quantitatif, conformément à l'appel d'offres. Le projet du bureau BASS qui prévoyait une analyse des incidences socio-politiques de modifications de prestations dans des branches choisies de la sécurité sociale a également été retenu⁸⁵. Une étude ayant pour objet les conséquences sur la répartition entre les générations n'a pas été prise en considération. Enfin, une offre basée sur le modèle du chevauchement des générations n'a pas été déposée.

Le temps à disposition pour réaliser ces études était très restreint. Au moment de rédiger son rapport, le groupe IDA FiSo 2 était en possession du rapport final du groupe de recherche ECOPLAN/Felder⁸⁶ et de quelques résultats seulement de l'étude d'INFRAS/KOF⁸⁷. Il ne peut donc faire état de cette dernière étude qu'à titre de référence, sans juger ses résultats.

M 1 Termes du problème

Le groupe IDA FiSo 2 avait à répondre à deux questions essentielles: Quelles sont les répercussions économiques des scénarios de prestations „statu quo“, „augmentation“ et „réduction“? Et comment, dans le cadre de ces scénarios de prestations, évaluer les différents modes de financement quant à leurs incidences?

Trois questions devaient préalablement être éclaircies: Quel développement économique retenir comme scénario de base? Comment sont structurés les scénarios de prestations? Et quelles alternatives de financement doivent être prises en considération?

Pour pouvoir établir des comparaisons avec les résultats du groupe IDA FiSo 1, certaines hypothèses ont intentionnellement été formulées et n'ont plus été remises en question. Une de ces hypothèses concerne, par exemple, la croissance économique moyenne chiffrée à 1,3% dans le scénario de base du groupe IDA FiSo 1. Pour limiter l'ampleur des estimations, il a fallu se résoudre à réduire le nombre des scénarios IDA FiSo 1. Les alternatives „croissance supérieure“ et „croissance inférieure“ ont fait l'objet d'estimations. En revanche, les scénarios „davantage d'actifs“ et „moins d'actifs“ ont été abandonnés car, selon les analyses du groupe IDA FiSo 1, leur incidence sur le besoin de financement est moins marquée⁸⁸.

Dans le modèle ECOPLAN/Felder, le progrès technique est supposé tel qu'il en résulte, dans le scénario de référence, les taux de croissance conformes aux hypothèses du groupe IDA FiSo 1. Dans les autres scénarios, la croissance du PIB est déterminée par le modèle. Dans le modèle KOF, la croissance économique en Suisse ainsi que le progrès technique sont considérés comme endogènes, c'est-à-dire déterminés par le modèle lui-même. Pour pouvoir respecter les données d'IDA FiSo 1, la croissance économique

⁸⁵ Cf. à ce sujet chiffre A4 et B5.

⁸⁶ ECOPLAN/Felder (1997), *Wirtschaftliche Auswirkungen von Reformen der Sozialversicherungen ; DYNASWISS – Dynamisches allgemeines Gleichgewichtsmodell für die Schweiz*.

⁸⁷ Le modèle économétrique choisi par KOF se base sur les premières données, publiées en août de cette année, de la comptabilité nationale et exige des estimations économétriques coûteuses.

⁸⁸ Cf. Rapport IDA FiSo 1, p. 74 ss., en particulier p. 79 s.

de l'UE et de l'OCDE a été fixée de manière à atteindre les valeurs désirées pour la Suisse⁸⁹ (voir ci-après).

Les *scénarios de prestations* étaient définis par le mandat du Conseil fédéral en ce qui concerne le besoin supplémentaire global relatif. En revanche, leur structure précise et, en particulier, la répartition des dépenses entre les différentes branches des assurances sociales n'étaient pas fixées. Au début des études, ces éléments n'étaient pas connus. On a dès lors travaillé sur les hypothèses suivantes : le scénario «*statu quo*» se base sur les prestations actuelles et une évolution financière conforme aux calculs du groupe IDA FiSo 1. Dans le scénario „*augmentation*“, les dépenses supplémentaires sont de 5,6% tant dans l'AVS que dans l'AI. Dans le scénario „*réduction*“ enfin, des économies de 8,4% à chaque fois sont réalisées dans l'AVS, dans l'AI et dans l'assurance-maladie. Les dépenses supplémentaires et les économies sont fixées de manière à satisfaire les exigences du Conseil fédéral concernant le besoin supplémentaire global relatif.

Les études ont donc porté sur les différences entre les scénarios de prestations „*statu quo*“, „*augmentation*“ et „*réduction*“ définis par le Conseil fédéral. Le „*statu quo*“ signifie, dans ce contexte, le maintien des prestations actuelles et, par conséquent, un besoin financier accru représentant 6,8% de TVA en plus. Dans le scénario „*augmentation*“, les lacunes qui existent encore en matière de prestations sont comblées alors que dans le scénario „*réduction*“, les prestations sont réduites. Par rapport à aujourd'hui, le besoin financier supplémentaire est de 4 % TVA dans le scénario „*réduction*“ et de 8% TVA dans le scénario „*augmentation*“.

Les conséquences économiques ne peuvent être définies que par rapport à un scénario de référence. Ce dernier était, conformément au mandat, le scénario du *statu quo* défini comme le maintien des prestations actuelles. Il faut dûment en tenir compte dans la discussion des résultats, car les conséquences économiques des besoins supplémentaires relatifs qui résultent déjà du maintien du niveau actuel des prestations ne peuvent être calculées.

En ce qui concerne les *alternatives de financement*, le groupe IDA FiSo 2 s'est aussi, dans la mesure du possible, inspiré judicieusement des travaux préliminaires d'IDA FiSo 1. Trois des quatre alternatives s'appuient sur le concept des besoins supplémentaires relatifs⁹⁰, le quatrième sur celui du défaut de financement.

- Dans les alternatives „*taxe sur la valeur ajoutée*“ et „*pour-cent du salaire*“, les besoins supplémentaires relatifs sont à chaque fois financés par l'une de ces deux sources.
- Dans l'alternative „*impôt sur l'énergie*“, le prix de l'énergie est progressivement relevé de 35% d'ici à 2009 puis de 75% pour couvrir les besoins supplémentaires relatifs⁹¹. Les autres besoins supplémentaires sont couverts par la taxe sur la valeur ajoutée.

⁸⁹ L'institut KOF considère que la valeur retenue pour la croissance économique de l'UE, à savoir 1,25% par année jusqu'en l'an 2010, est très pessimiste. Selon les prévisions aujourd'hui disponibles, une croissance plus forte semble probable dans l'UE. Dans un scénario plus optimiste, il en résulterait une croissance plus forte, pour la Suisse aussi, en raison des étroites interdépendances économiques.

⁹⁰ Cf. rapport IDA FiSo 1, p. 68 ss.

⁹¹ Cf. Perspectives énergétiques de l'Office fédéral de l'énergie, scénario IIIa. Le modèle d'ECOPLAN/Felder admet que ces augmentations interviennent en une fois. Les analyses

- L'alternative „transfert“ reprend le concept du défaut de financement du groupe IDA FiSo 1 et part de l'idée que la structure du financement des assurances sociales reste inchangée. Les pouvoirs publics ne modifient donc pas leur part, exprimée en pour-cent, au financement des différentes branches des assurances sociales. La part de la hausse qui est supérieure à la croissance économique est compensée par une réduction d'autres tâches publiques. Dans l'assurance-maladie, la part de l'évolution des coûts qui est supérieure à la croissance économique est financée par une augmentation correspondante des primes d'assurance-maladie. Le défaut de financement qui subsiste dans l'AVS, l'AI et les APG est couvert par une augmentation de la taxe sur la valeur ajoutée.

M 2 Méthode

Le groupe de travail a concentré ses réflexions sur les conséquences économiques des scénarios de prestations et de financement donnés. Les modèles prennent en considération la valeur matérielle des prestations des assurances sociales, mais ne tiennent pas compte des valeurs immatérielles telles que la paix sociale ou l'environnement.

Pour interpréter les résultats de chacun des modèles, il faut tenir compte du fait que ces derniers n'arrivent pas à reproduire totalement la réalité. Les résultats sont largement déterminés par les éléments qui entrent dans le modèle et la manière dont ils sont insérés. On ne peut exclure que les spécifications du modèle conduisent à des estimations qui sont fondamentalement et non seulement superficiellement différentes.

Le produit intérieur brut (PIB) et la prospérité (dans le modèle ECOPLAN/Felder, voir ci-dessous) ont servi de *grandeur d'appréciation globale*. Le PIB donne la valeur de l'ensemble de la production économique. La prospérité tient en revanche aussi compte des loisirs. Sa valeur correspond au temps libre dont dispose le ménage, multiplié par le taux de salaire net.

L'appréciation a dès lors été faite essentiellement sur la base des critères suivants: emploi et chômage, compétitivité et charge supportée par les différentes branches. La charge des différents types de ménage (effet de répartition sociale) n'a pas pu être illustrée dans les deux modèles macro-économiques utilisés. Elle a été examinée dans l'analyse partielle effectuée par INFRAS (voir ci-dessous).

Le scénario de prestations „statu quo“ et l'alternative de financement „taxe sur la valeur ajoutée“ ont servi de *base de comparaison* pour juger les différentes alternatives. Toutes les conséquences décrites répondent ainsi à la même question fondamentale: que se passe-t-il lorsqu'on développe ou réduit les prestations et/ou recourt à d'autres sources de financement en remplacement des pour-cent de TVA supplémentaires nécessaires pour maintenir les prestations actuelles ?

qualitatives d'INFRAS/KOF sur une taxe sur l'énergie se basent en revanche sur un relèvement progressif de 3% p.a. En cas de relèvement de 35% des prix de l'énergie, le produit d'une telle taxe s'élève à près de 3,8 millions de francs en l'an 2010.

M 2.1 Modèle ECOPLAN / Felder

Le mandataire Felder/ECOPLAN a choisi *un modèle d'équilibre totalement dynamique* (DYNASWISS) centré sur les relations entre un ménage représentatif, les entreprises (de différentes branches), l'Etat, les assurances sociales et l'étranger. L'épargne est également prise en considération. Le modèle permet d'analyser les conséquences des modifications du besoin de financements des assurances sociales et tient compte des réactions de tous les acteurs cités.

Le modèle se fonde sur un équilibre global. Il présume l'existence d'un marché du travail flexible dans lequel l'offre et la demande déterminent le salaire. Le chômage ne peut y être modélisé. Il est donné comme «chômage de base » fixe, selon les hypothèses du groupe IDA FiSo 1.

Le modèle part en outre du principe que le ménage va maximiser son profit à l'infini alors que les entreprises vont maximiser périodiquement leurs bénéfices. Cela signifie que, dans leurs décisions actuelles, les acteurs tiennent aussi compte des développements futurs, comme l'évolution attendue des dépenses des assurances sociales et les décisions politiques futures concernant par exemple le financement des assurances sociales. Le modèle se prête donc essentiellement à l'analyse de processus et de conséquences à long terme. Il ne prend pas en considération les processus d'adaptation à court terme.

Le besoin de financement des assurances sociales, la productivité selon IDA FiSo 1 et, comme nous l'avons déjà mentionné, le chômage étaient donnés de l'extérieur. C'est ainsi que le modèle, de par ses relations aussi, définit en particulier le rendement économique (PIB), la prospérité (revenu national plus valeur des loisirs), l'emploi ainsi que les chiffres d'affaires des branches.

M 2.2 Modèle KOF

Le modèle KOF, de type *macro-économique*, modélise les relations entre budgets privés et budgets publics, entreprises privées et publiques, les sous-systèmes des assurances sociales (en particulier AVS, LPP, LAMal et AC) et l'étranger. Les assurances sociales sont, pour l'essentiel, considérées comme des centres de transferts entre les groupes qui fournissent les prestations et ceux qui en bénéficient. Ce modèle ne suppose pas un équilibre global, mais tient aussi compte des retards dans les réactions d'adaptation aux déséquilibres. Il s'agit d'un modèle orienté sur la demande. Il permet lui aussi d'étudier les conséquences de la modification du besoin de financement des assurances sociales sur les acteurs cités. Les développements futurs n'influencent toutefois pas les décisions actuelles. De par leur conception, les modèles KOF et ECOPLAN/Felder sont plus aptes à traiter la question des alternatives de financement que celle des scénarios de prestations.

Le modèle KOF permet d'illustrer progressivement les processus d'adaptation et de répercussion à court, moyen et long terme. En ce qui concerne le marché du travail, il reproduit les rigidités à court terme et ainsi modélise aussi le chômage non volontaire.

Contrairement au modèle ECOPLAN/Felder, le modèle KOF ne fixe aucune hypothèse théorique concernant le comportement économique optimal des ménages et des entreprises privés. Il part de l'idée que les acteurs vont réagir aux changements comme par le passé, par exemple face aux charges supplémentaires résultant du besoin de financement accru des assurances sociales. Le modèle se prête donc particulièrement bien à l'illustration de réactions à court et à moyen terme à des changements progressifs.

Les données imposées de l'extérieur (variables exogènes) sont la croissance économique dans l'UE et l'OCDE, la démographie (y compris les migrations), la politique monétaire suisse, les prix du marché mondial et les taux d'intérêts internationaux. Le rendement économique (PIB), l'évolution de la productivité, l'emploi, le chômage, la compétitivité par rapport à l'étranger au niveau des prix, le commerce extérieur (importations/exportations) et le besoin de financement des assurances sociales en relation avec le rendement économique, tels sont les résultats fournis par le modèle.

M 2.3 Analyses partielles INFRAS

En complément aux analyses de modèles macro-économiques, INFRAS a étudié un certain nombre de domaines qui ne pouvaient être traités dans les modèles ou ne pouvaient l'être que globalement. Il s'agit d'une part des processus de répercussion et des stratégies d'esquive qui jouent un rôle dans les différentes alternatives de financement des assurances sociales. A cet égard, INFRAS a examiné de plus près la question des répercussions à court terme de la charge que représentent les taxes sur le coût du travail selon les modes de financement. Il a ensuite analysé les conséquences qui en découlent à long terme sur l'emploi et le chômage, en se basant sur les tendances persistantes qui se manifestent sur le marché du travail (effet d'hystérèse).

INFRAS a d'autre part étudié les effets sur la compétitivité, les différentes branches économiques et les régions et enfin (avec le concours d'ECOPLAN) la question de la charge à supporter par les différents types de ménages selon la capacité économique.

M 3 Conséquences des scénarios de prestations

Dans son mandat au groupe IDA FiSo 2, le Conseil fédéral a fixé les scénarios de prestations en délimitant leur cadre financier : dans le scénario «augmentation», le cadre financier est supérieur de 1,2% de TVA à celui du scénario «statu quo»⁹² alors qu'il est inférieur de 2,8% de TVA dans le scénario «réduction». La première question qui se pose est celle des conséquences économiques de ces différents besoins de financement pour les assurances sociales. L'alternative de financement «taxe à la valeur ajoutée» sert de base pour les calculs et le besoin de financement varie.

Dans le modèle ECOPLAN/Felder, le choix du scénario de prestations exerce une *influence limitée* alors que, dans celui de KOF, il n'a *qu'une influence très faible sur la croissance économique et la prospérité*.

⁹² Le scénario de financement «*statu quo*» correspond aux besoins financiers déterminés par le groupe IDA FiSo 1 pour les assurances sociales dans son scénario de référence.

Selon les calculs du modèle d'ECOPLAN/Felder, dans le scénario de prestations „augmentation“, le PIB en l'an 2010 est inférieur de 0,6% et la prospérité de 0,3% aux valeurs obtenues avec le scénario „statu quo“. Dans le scénario „réduction“, le PIB est supérieur de 1,5% et la prospérité de 0,3%.

Dans le modèle KOF, les conséquences sont minimes. Dans le scénario de prestations „augmentation“, le PIB en l'an 2010 est inférieur de 0,1 à celui retenu dans le scénario „statu quo“ alors qu'il est supérieur de 0,1% dans le scénario „réduction“. Si l'on considère les autres critères intéressants (emploi, chômage, compétitivité, etc.), les différences sont également insignifiantes, car les augmentations des taxes, dans le modèle KOF, sont graduelles. Le fait que le versement de prestations sociales indépendamment de leur financement se réduit toujours, dans un premier temps, à un problème de répartition indigène uniquement est ainsi confirmé. Des modifications notables dans la répartition des revenus peuvent toutefois conduire à des changements de comportement déterminants. Il n'existe cependant aucune base empirique fiable pour déterminer leur ampleur.

Les résultats d'INFRAS/KOF montrent que le scénario de prestations „augmentation“ profite aux ménages de rentiers alors que le scénario „réduction“ est plus favorable aux ménages de personnes actives. Tout dépend dans quelles branches d'assurance les prestations sont spécialement développées ou réduites⁹³.

Le scénario de prestations „augmentation“ aboutit à un produit intérieur brut légèrement plus bas et le scénario de prestations „réduction“ à un PIB légèrement plus élevé. Sous l'angle macro-économique, les scénarios de prestations donnés n'entraînent que des changements modérés par rapport au statu quo.

M 4 Conséquences des alternatives de financement

Les études portant sur les conséquences économiques des modes de financement possible étaient toutes basées sur un financement des besoins supplémentaires par la taxe sur la valeur ajoutée dans le scénario de prestations „statu quo“. La question était donc de savoir comment les différentes grandeurs économiques changent lorsque les besoins supplémentaires donnés sont couverts par des sources de financement autres que la taxe sur la valeur ajoutée.

M 4.1 Financement des besoins supplémentaires par des pour-cent du salaire

La première alternative analysée est celle d'un financement par le biais de pour-cent du salaire à la place de pour-cent de TVA. Dans leurs calculs, ECOPLAN/Felder arrivent à la conclusion qu'en ce qui concerne la croissance économique, il est plus favorable de financer les besoins supplémentaires relatifs par des pour-cent sur les salaires que par la taxe sur la valeur ajoutée. Ce résultat est imputable essentiellement à deux causes. D'une

⁹³ Le scénario « augmentation » se base sur une extension des rentes AVS et AI qui profite en premier lieu aux bénéficiaires de rentes. Dans le scénario « réduction », les prestations sont diminuées dans les branches d'assurances AVS/AI et AMal. Cette réduction touche en premier lieu les bénéficiaires de rentes alors que les personnes actives, qui supportent essentiellement le financement voient leurs charges allégées.

part, dans ce modèle, les différents taux de TVA conduisent à des distorsions économiques qui augmentent parallèlement à l'accroissement des taux. D'autre part, le salaire net baisse davantage si le financement est assuré par la TVA et non par des pour-cent du salaire. Cet effet entraîne un recul de 3% de l'offre de travail et ainsi de l'emploi. De par la conjonction de ces deux facteurs, le produit intérieur brut serait, en l'an 2010, inférieur de 3,8% avec un financement par la TVA qu'avec un financement par des pour-cent du salaire.

La compétitivité internationale en termes d'expansion de nos exportations évolue de manière plus favorable avec un financement par des pour-cent du salaire. Les branches dépendant principalement du facteur main-d'œuvre sont relativement plus fortement grevées.

INFRAS/KOF arrivent toutefois à une autre conclusion. Selon leurs analyses, un financement par des pour-cent du salaire a des conséquences économiques moins favorables qu'un financement par la TVA. Alors que la différence est négligeable pour ce qui est du produit intérieur brut, l'emploi est inférieur de 0,4%, mais le salaire réel est un peu plus élevé. Ce résultat qui diverge des analyses d'ECOPLAN/Felder est dû au fait que, dans ce modèle, les taux de TVA plus élevés ont des effets moins négatifs que dans le modèle d'ECOPLAN/Felder. En outre, le modèle prend pour référence un horizon moins lointain et illustre ainsi aussi les problèmes d'adaptation à moyen terme. Les différences entre les deux alternatives de financement ne sont toutefois que graduelles, car les processus de répercussion de la charge supplémentaire sont relativement rapides.

Dans le modèle KOF, les deux types de financement (taxe sur la valeur ajoutée et pour-cent du salaire) ne se distinguent guère en matière de compétitivité en termes d'expansion de nos exportations. En revanche, la demande indigène - et par-là les importations - est légèrement inférieure en cas de financement par des pour-cent du salaire.

INFRAS a en outre examiné les conséquences d'un financement par des pour-cent du salaire dans le cadre d'une analyse partielle. Sur la base de ces résultats, on constate qu'à court terme une augmentation des charges salariales annexes se répercute, à raison de 40%, sur les coûts du travail, mais qu'à long terme, elle a une incidence sur les salaires réels. Les études montrent en outre qu'en Suisse, les déséquilibres à court terme sur le marché du travail, qui se manifestent sous forme de chômage, durent toujours plus long-temps. Il y a donc un risque que l'augmentation à court terme des coûts du travail aggrave le chômage et que celui-ci ne régresse plus, même lorsque ces coûts se répercutent par la suite sur les salaires réels.

Selon INFRAS, ce mode de financement risque aussi davantage de favoriser l'économie parallèle du fait que, dans ce cas, c'est le revenu (déclaré) du travail qui est grevé et non la consommation, comme avec la taxe sur la valeur ajoutée.

Les analyses d'INFRAS montrent enfin qu'un financement par des pour-cent du salaire déploie un effet légèrement progressif pour les ménages de personnes actives et légèrement régressif pour les ménages de rentiers.

Contrairement à l'idée principalement défendue dans les débats publics, la différence entre un financement des besoins supplémentaires par la taxe sur la valeur ajoutée et par des pour-cent du salaire n'est pas manifeste. L'évaluation dépend pour une bonne part

des hypothèses sur lesquelles on se base pour juger comment les différents taux de la taxe sur la valeur ajoutée agissent sur la croissance économique, quels processus de répercussion sont supposés et pendant combien de temps les déséquilibres continuent à se produire sur le marché du travail. Il est important en outre de connaître la pondération des problèmes d'adaptation à court terme. Sous l'angle économique, il est impossible de donner nettement la préférence à l'une des alternatives „taxe à la valeur ajoutée“ ou „pour-cent du salaire“.

M 4.2 Financement par un impôt sur l'énergie

Seul l'institut ECOPLAN/Felder a étudié les conséquences d'un financement partiel des besoins supplémentaires des assurances sociales par un impôt sur l'énergie⁹⁴. Comparé à un financement assuré exclusivement par la taxe sur la valeur ajoutée, la croissance économique ne se réduit que très faiblement et le produit intérieur brut est inférieur de 0,4% en l'an 2010. En ce qui concerne les autres critères considérés, on ne constate que des différences graduelles si bien que l'on peut renoncer ici à une présentation détaillée. Avec ce mode de financement, la charge imposée aux branches dépendant principalement du facteur de l'énergie est considérablement plus élevée⁹⁵. La consommation d'énergie, quant à elle, diminue nettement.

Sur le plan économique, un financement partiel des besoins supplémentaires par une taxe sur l'énergie a une incidence légèrement plus négative qu'un financement par la taxe sur la valeur ajoutée. Ce mode de financement peut entrer en ligne de compte si les objectifs poursuivis sont de nature non seulement économique, mais également écologique.

M 4.3 Transfert : financement partiel des dépenses des assurances sociales par la réduction d'autres tâches publiques

Dans le scénario « transfert », on admet que la part des pouvoirs publics aux dépenses des assurances sociales reste identique à ce qu'elle était en 1995. Comme l'augmentation des dépenses des assurances sociales est supérieure à la croissance économique, les pouvoirs publics sont confrontés à un problème de financement supplémentaire. Le scénario transfert suppose la réduction d'autres dépenses pour éviter une hausse de la quote-part de l'Etat. Suivant le modèle ECOPLAN/Felder, les autres dépenses des pouvoirs publics devraient ainsi être réduites de 1% environ en 2009. Selon les résultats d'ECOPLAN, la croissance économique est plus élevée avec ce mode de financement qu'avec la taxe à la valeur ajoutée. Le produit intérieur brut est supérieur de 3,4% en l'an 2010, tout comme avec le mode de financement „pour-cent du salaire“. La prospérité est supérieure de 1,2% et dépasse ainsi celle obtenue avec un financement par des pour-cent du salaire. Les effets positifs sur l'emploi sont également établis (+ 2%).

⁹⁴ Comme les données des branches pour les séries révisées de la comptabilité nationale n'étaient pas encore disponibles, il n'a pas été possible de les intégrer dans le modèle KOF.

⁹⁵ Pour ces branches, aucune solution particulière qui aurait pu réduire les conséquences négatives n'a été intégrée dans le modèle.

Dans le modèle KOF en revanche, ce modèle de financement réduit de 1,0% la croissance économique par rapport à un financement par la taxe à la valeur ajoutée. L'effet sur l'emploi n'est que légèrement positif.

L'évaluation des conséquences économiques de cette alternative de financement varie suivant les études. Dans le modèle ECOPLAN/Felder, les ménages privés réussissent à compenser plus que largement la baisse de la demande publique et l'ensemble de l'économie profite du fait que les impôts et/ou les taxes sociales sont comparativement plus bas. Dans le modèle KOF, la demande privée s'accroît certes aussi du fait de l'augmentation du salaire disponible. Mais, vu la hausse des importations, une partie de l'augmentation est annulée si bien que, par réaction, le PIB est, en l'an 2009, légèrement inférieur qu'il ne l'est avec un financement par la TVA.

INFRAS arrive à la conclusion qu'avec ce mode de financement, le risque d'un gonflement de l'économie clandestine est comparativement faible. D'une part, les autres dépenses publiques sont réduites si bien que la charge fiscale globale et ainsi la charge qui pèse sur le travail n'augmente pas. D'autre part, l'augmentation des primes (par tête) de l'assurance-maladie ne risque pas d'accroître le travail clandestin. L'effet de redistribution est légèrement régressif compte tenu de la réduction du montant des primes. Les bénéficiaires de rentes sont davantage gênés que les actifs.

L'évaluation des conséquences économiques du mode de financement „transfert“ dépend de la façon dont les impôts et/ou les taxes sociales relativement plus basses agissent sur la consommation et l'économie générale ainsi que de la rapidité et du rythme auquel la réduction de la demande publique est compensée par une augmentation de la consommation privée. Les deux modèles partent d'hypothèses différentes, mais les effets négatifs ont plutôt tendance à se manifester à court terme et les incidences positives à long terme. En se basant sur les deux modèles, il n'est pas possible de dire clairement si, sous l'angle économique, une telle réduction d'autres tâches publiques est avantageuse pour financer partiellement les dépenses des assurances sociales.

M 5 Discussion

Les conséquences du choix d'un scénario de prestations vont dans la direction attendue: un développement des prestations agit négativement sur la prospérité tandis qu'une réduction a des incidences positives. Les valeurs estimées semblent toutefois faibles.

Pour évaluer les résultats, il faut toutefois tenir compte des points suivants:

- Les études reposent sur des données du passé dont elles déduisent des indications pour l'avenir. Les mécanismes et les tendances de développement qui ne se sont pas manifestés dans le passé ne peuvent donc être modélisés. Cet élément, connu et accepté lors de l'attribution, implique que les résultats soient soumis à une appréciation. Nous allons, ci-dessous, examiner deux exemples de nouveaux mécanismes:
 - Dans les deux études, il faut tenir compte du fait que la part de l'Etat et des assurances sociales au produit global augmente de manière décisive. La génération

en âge de travailler ne peut disposer librement que d'une part plus restreinte de son revenu. Son comportement s'en trouve modifié. Dans le modèle ECOPLAN/Felder, ce phénomène est certes pris partiellement en considération par le biais du salaire net réel, mais aucune des études n'analyse de manière complète les changements de comportement qui en résultent face au travail, à la participation et à la formation de capital (on ne pouvait d'ailleurs s'y attendre vu les motifs mentionnés ci-dessus).

- Pour des raisons analogues, les considérations d'économie politique n'ont pas été prises en compte. On doit admettre que la part croissante de la redistribution à la production économique globale pourrait développer une dynamique propre qui réduit la capacité d'adaptation de l'économie et freine la croissance.
- Conformément au mandat qui leur avait été donné, les instituts chargés des études ont estimé les conséquences résultant d'un développement ou d'une réduction des prestations actuelles. Comme nous l'avons déjà mentionné à différentes reprises, le maintien des prestations actuelles nécessite déjà une augmentation de 6,8% TVA. Si l'on admet provisoirement un rapport linéaire, la baisse de prospérité résultant de cette charge supplémentaire se chiffre à près de 3,5% en extrapolant les résultats du modèle ECOPLAN/Felder.
- Comme nous l'avons aussi déjà mentionné, il faut, pour chaque estimation empirique, retenir des hypothèses qui déterminent les résultats. Dans le cas du modèle ECOPLAN/Felder, il s'agit, par exemple, de l'exclusion des déséquilibres sur les marchés. Cette hypothèse résulte du concept même du modèle. Celui-ci admet également l'existence d'un rapport de substitution et non de complémentarité entre l'énergie et le travail dans le processus de production. Dans le modèle KOF, pour bien comprendre les résultats, il faut savoir que les assurances sociales sont considérées comme un centre de transfert entre les bénéficiaires et les fournisseurs de prestations et que les deux groupes ont, en matière d'épargne, des comportements bien différents que celui retenu comme hypothèse⁹⁶. Pour juger les résultats, il est important de savoir que d'autres hypothèses, également imaginables, donneraient lieu à des différences plus marquées.
- Dans ce contexte, les résultats réunis sur la base des modèles partiels qui traitent du problème du chômage structurel constituent un complément précieux.
- Enfin, les résultats présentés ci-dessus se rapportent, conformément au mandat, à la période qui s'étend jusqu'en l'an 2010 et qui, sous l'angle du vieillissement démographique, est moins problématique.
- En raison de tous ces facteurs d'influence, les effets d'un développement et d'une réduction des prestations appréhendés par les modèles représentent la limite inférieure absolue des conséquences effectives.

⁹⁶ Cette hypothèse a dû être fixée, faute de données empiriques sur le comportement des groupes socio-économiques en matière d'épargne.

En ce qui concerne les *alternatives de financement*, les études ont montré que les conséquences mesurées sont plus importantes que celles des deux scénarios de prestations. En outre, leurs résultats mettent les décideurs dans une situation inconfortable, car ils tendent vers des directions parfois différentes.

Dans le modèle ECOPLAN/Felder, il faut considérer que la taxe sur la valeur ajoutée dans sa structure actuelle diffère de l'idéal d'un impôt global ayant un taux unique. Les effets qui en découlent sur la composition de la demande finale explique que le financement par la TVA est moins favorable que celui par des pour-cent du salaire. Le modèle KOF a retenu l'hypothèse, largement répandue dans la littérature, selon laquelle la TVA et les pour-cent du salaire se répercutent dans la même ampleur à long terme. C'est la raison pour laquelle les effets des deux alternatives de financement ne diffèrent plus beaucoup en l'an 2010. On observe en revanche des différences considérables dans les processus d'adaptation.

La base de calcul pour un impôt sur l'énergie est trop étroite pour pouvoir constituer une alternative de financement autonome. L'analyse a donc porté sur un impôt sur l'énergie combiné avec des pour-cent de TVA supplémentaires. Les résultats du financement par la TVA influencent ainsi ceux du financement par un impôt sur l'énergie. Un financement d'appoint par un impôt sur l'énergie ne peut se justifier clairement pour des raisons uniquement économiques. Si l'on poursuit parallèlement des buts écologiques, l'intégration d'un tel impôt pourrait cependant être judicieuse.

Les incidences de l'alternative de financement „transfert“ dépendent enfin des conceptions qui sous-tendent la productivité des dépenses publiques. Dans le modèle KOF, la chute de la demande qui se manifeste en cas de réduction des dépenses publiques est compensée par une demande supplémentaire dans le secteur privé. Le modèle ECOPLAN/Felder part de l'hypothèse que le secteur privé fournit des prestations à meilleur prix de sorte que le choix du mode de financement transfert donne une impulsion positive.

Le financement des besoins supplémentaires par des pour-cent du salaire et le financement par la taxe sur la valeur ajoutée présentent chacun des avantages et des inconvénients spécifiques qui, en raison de la structure des deux modèles, sont considérés ou pondérés différemment. Même le financement des besoins supplémentaires par le seul biais de pour-cent du salaire n'a pas, sur le plan économique, des incidences négatives comme on l'a souvent soutenu dans les débats publics. Ces résultats viennent donc étayer les conclusions du groupe IDA FiSo 1 qui préconisait, pour l'avenir aussi, un financement mixte.

N Conséquences des différents paquets de prestations pour les pouvoirs publics

Introduction

À niveau de prestations demeurant constant (scénario "statu quo"), les effets des perspectives de financement des assurances sociales sur les budgets publics sont résumés comme suit dans le rapport IDA FiSo 1⁹⁷:

- 1) Sur le besoin supplémentaire relatif de 6,8% de TVA pronostiqué pour l'an 2010, et à structure de financement inchangée, près de 1,6% de TVA ou 3,6 milliards de francs environ seraient à la charge de la Confédération (en sus du pour-cent de TVA calculé séparément pour l'évolution démographique) et 0,8% de TVA ou 1,8 milliard à celle des cantons. Le besoin supplémentaire pourrait être couvert soit en renonçant à d'autres dépenses (transfert), soit en augmentant les impôts – IDA FiSo 1 a mis l'accent ici sur la TVA, les prélèvements sur les salaires et l'imposition de l'énergie.
- 2) En cas de forte opposition politique à une nouvelle ponction sur les salaires et à une augmentation des cotisations indépendantes du revenu (assurance-maladie), la Confédération se verra contrainte de supporter une part substantielle du défaut de financement; son besoin supplémentaire pourrait grimper à 4% de TVA (9,0 milliards de francs).
- 3) IDA FiSo 1 établit la charge supplémentaire grevant les budgets publics en se basant sur les dépenses pour la sécurité sociale pour une palette de prestations inchangée. Entre 1970 et 1993, la part du total des dépenses publiques en faveur de la sécurité sociale est passée de 12% à 20%. Pour les années 1995 à 2025, on escompte une augmentation réelle des dépenses fédérales à ce titre de l'ordre de 2,2% par année. Sans changement dans la quote-part étatique, la Confédération participera à raison de 32% aux dépenses totales de la sécurité sociale en 2025; en 2010, cette part sera de 29%.

Ci-après, nous esquissons les effets des deux scénarios alternatifs (réduction et augmentation) sur les budgets publics. IDA FiSo 2 se propose de discuter des paquets de prestations concrets portant différents accents thématiques et qui correspondent au cadre financier des scénarios retenus. Les effets financiers de ces paquets dépendent du domaine touché par les mesures parmi les cinq branches considérées (AVS, AI, PP, AC, AM), la participation des pouvoirs publics à leurs dépenses variant d'un domaine à l'autre. Mais à y regarder de plus près, on voit que malgré la diversité des variantes esquissées, les effets sur les budgets publics, et plus particulièrement sur celui de la Confédération, sont relativement constants. La part du total des dépenses que la Confédération consacre à la sécurité sociale, estimée à 29% dans le scénario de référence, baisse à 27% dans le scénario „réduction“ pour grimper à 30% dans le scénario „augmentation“.

⁹⁷ Cf. Rapport IDA FiSo1, chap. 3.3.5 L'importance des besoins supplémentaires relatifs pour les pouvoirs publics, p. 80-82.

Participation actuelle des pouvoirs publics aux dépenses des assurances sociales

<i>Assurance sociale</i>	<i>Part de la Confédération</i>	<i>Part des cantons</i>	<i>Volume total en 2010⁹⁸ (en mio. fr.)</i>
AVS	17% des dépenses de l'AVS	3% des dépenses de l'AVS	34'883
AI	37,5% des dépenses de l'AI	12,5% des dépenses de l'AI	10'877
PP	La Confédération paie ses propres contributions d'employeur au titre du 2e pilier.	Les cantons paient leurs propres contributions d'employeur au titre du 2e pilier.	14'499 (contributions obligatoires)
AM/santé	Subventions aux cantons pour réductions de primes en faveur des bas revenus. Elles sont fixées, selon art. 66, 2e al. LAMal, en fonction de l'évolution des coûts dans l'AM obligatoire et de la situation financière de la Confédération.	Les cantons paient au total la moitié du montant versé par la Confédération au titre des allégements de primes. Les cantons prennent en charge les dépenses d'investissement et la moitié environ des coûts d'exploitation. ⁹⁹	23'220
AC	Exceptionnellement, la Confédération verse une contribution à fonds perdus de 5% des dépenses annuelles de l'AC (art. 90, 2e al. LACI). Le solde est financé à parts égales par la Confédération et les cantons sous forme de prêts.	Le solde est financé à parts égales par la Confédération et les cantons sous forme de prêts.	4'384

⁹⁸ Cf. Rapport IDA FiSo 1, p. 156.

⁹⁹ Les frais assumés par les cantons dans le domaine hospitalier ne sont pas compris dans l'assurance-maladie.

Les mesures dans l'AI, l'AVS, l'AM et l'AC ont des répercussions variables pour les pouvoirs publics. Celles proposées dans le domaine du 2e pilier n'influent pas directement sur le budget de la Confédération (si l'on excepte les cotisations que celle-ci verse comme employeur). Alors que la contribution des pouvoirs publics est fixée en pourcentage des dépenses dans les domaines du 1er pilier et de l'assurance-chômage, la participation financière de la Confédération aux dépenses de l'assurance-maladie est variable.

Les subsides au titre de la réduction des primes sont fixés par le parlement en fonction de l'évolution des coûts de la santé publique et de la situation financière de la Confédération. Quant aux subventions effectivement versées, elles dépendent de la pratique des cantons en la matière; s'ils n'épuisent pas le montant maximal auquel ils ont droit, les coûts pour la Confédération s'en trouvent également réduits d'autant.

Les cantons ne sont pas impliqués exclusivement par le biais des allégements de primes dans le domaine de l'assurance-maladie. Ils participent également au financement des investissements et des coûts d'exploitation des hôpitaux. Les cantons sont donc les bénéficiaires directs d'une réduction des coûts dans le domaine hospitalier; une compression de 10% équivaudrait à des économies d'environ 200 millions de francs pour les cantons et les communes.

Scénarios de prestations - paquets de prestations

IDA FiSo 2 propose plusieurs variantes pour chacun des trois scénarios (statu quo, réduction et augmentation). Ces paquets comportent des mesures de réduction et de développement dont les répercussions financières sont cumulées. Pour estimer leurs effets sur les budgets publics, on se base en principe sur les réglementations financières en vigueur. Pour des raisons pratiques, on a utilisé des hypothèses de travail, simplifiées, pour les domaines AC, PP et AM.

	Part de la Confédération (hypothèse de travail)	Part des cantons (hypothèse de travail)
<i>AVS</i>	17% des dépenses	3% des dépenses
<i>AI</i>	37,5% des dépenses	12,5% des dépenses
<i>PP</i>	Pas de part. Les contributions d'employeur de la Confédération ne sont pas prises en compte.	Pas de part. Les contributions d'employeur des cantons ne sont pas prises en compte.
<i>AM</i>	Réduction des primes: Rapport linéaire entre les coûts de l'AM obligatoire et le montant des allégements: 10% de réduction dans l'AM = 10% de diminution au titre de la réduction des primes par rapport au scénario statu quo	Réduction des primes: La moitié du montant accordé par la Confédération. La participation au financement des investissements et de l'exploitation des hôpitaux n'est pas prise en compte.
<i>AC</i>	5% des dépenses Les prêts sont mentionnés dans le texte.	Les prêts sont mentionnés dans le texte.

S'agissant de leur participation en pour-cent des dépenses, les pouvoirs publics sont touchés en premier lieu par les changements dans le 1er pilier. Des variations de coûts dans l'assurance-maladie ont également des effets notables (sous réserve des hypothèses retenues). Rappelons ici que les subventions pour allégements de primes sont fonction non seulement de l'évolution des coûts de la santé, mais aussi de la situation financière de la Confédération.

Pour le domaine de l'assurance-maladie, on propose exclusivement des mesures de compression des coûts. Dans l'assurance-chômage, des coûts supplémentaires liés à un taux de chômage plus élevé (3,5%) sont compensés par des réductions de prestations ou par un développement moins important dans d'autres domaines; au niveau des prestations, sont retenues uniquement les mesures de réduction ou le renoncement à des changements. Les variantes esquissées dans le domaine de la prévoyance professionnelle prévoient, elles, de développer les prestations. C'est dans le 1er pilier seulement que des variantes sont développées pour les trois scénarios. En dépit de la multitude des variantes proposées, on constate que les effets sur les budgets publics sont relativement constants.

Ecart des paquets de prestations par rapport au scénario de référence IDA FiSo 1 (2010)

en mio. fr. arrondi

<i>Paquet</i>	<i>Total</i>	<i>Confédération</i>	<i>Cantons</i>
Statu quo 1	0	- 190 à +90	- 90 à - 20
Statu quo 2	0	- 190 à - 90	- 100 à - 80
Réduction 1	- 7'500 à - 5'600	- 1'020 à - 720	- 300 à - 240
Réduction 2	- 6'900 à - 5'200	- 1040 à - 740	- 360 à - 300
Augmentation 1	+2'700	- 10 à +90	- 40 à - 20
Augmentation 2	+2'800 à +2'900	- 30 à +200	- 30 à +20

A niveau de prestations demeurant égal, IDA FiSo 1 a pronostiqué un besoin financier supplémentaire de 6,8% de TVA (15,3 milliards de francs) pour 2010. IDA FiSo 2 redéfinit le scénario statu quo dans la mesure où des paramètres des assurances sociales peuvent ici varier dans les limites du cadre financier donné. Les effets des paquets de prestations se rapportant au *statu quo* sur les budgets publics peuvent être qualifiés de faibles. Pour la Confédération, il s'ensuivra, selon la variante choisie, une plus ou moins grande surcharge ou décharge, et pour les cantons, de modestes allégements.

Dans le scénario *réduction*, on mise globalement sur une économie de 2,8% de TVA (6,3 milliards de francs) par rapport au scénario de référence. Pour les pouvoirs publics également, les mesures d'économie représentent un allégement notable: de 800 millions de francs environ pour la Confédération et de 300 millions de francs pour les cantons.

Dans le scénario *augmentation*, il est prévu un engagement financier supplémentaire de 1,2% de TVA par rapport au scénario de référence. En concentrant les mesures sur le domaine de la prévoyance professionnelle, on a tenté de contenir les répercussions financières sur les pouvoirs publics. C'est seulement dans le paquet augmentation 2 que la Confédération se voit confrontée à des dépenses supplémentaires substantielles, de l'ordre de 300 millions de francs, en raison de la forte charge de l'assurance-chômage.

Les cantons peuvent dans la plupart des variantes proposées améliorer notamment leur situation financière par rapport au scénario de référence, à condition qu'il existe une relation étroite entre les subsides au titre de la réduction des primes et les coûts de l'assurance-maladie (hypothèse de travail). Dans le secteur hospitalier, on peut s'attendre à d'autres diminutions des charges cantonales, en raison des mesures d'économie discutées dans l'assurance-maladie.

Besoin supplémentaire en fonction des scénarios de prestations pour 2010

Paquet	Total	Confédération	Cantons	en mia. fr. arrondi
Référence				
IDA FiSo 1	15,3 milliards	3,6 milliards	1,8 milliard	
Statu quo 1	15,3	3,4 à 3,7	1,7 à 1,8	
Statu quo 2	15,3	3,4 à 3,5	1,7	
Réduction 1	7,8 à 9,7	2,6 à 2,9	1,5 à 1,6	
Réduction 2	8,4 à 10,1	2,6 à 2,9	1,4 à 1,5	
Augmentation 1	18	3,6 à 3,7	1,8	
Augmentation 2	18,1 à 18,2	3,6 à 3,8	1,7 à 1,8	

Relevons ici que les prêts de la Confédération et des cantons à l'assurance-chômage ne sont pas pris en compte. Pour éviter de nouvelles dettes, des recettes correspondant à 2% des salaires sont nécessaires pour faire face à un taux de chômage de 2,5%; avec un taux de chômage de 3,5%, il faut pouvoir compter sur des recettes à hauteur de 3% des salaires.

Le potentiel d'économie des mesures de limitation des coûts de l'assurance-maladie est difficile à évaluer et dépend largement du comportement des agents concernés. Les effets des mesures prises dans le 1er et le 2e pilier se laissent plus facilement estimer. Pour cette raison, les dépenses en plus ou en moins engagées dans les différents domaines ne peuvent être combinées entre elles que lorsque les économies dans l'assurance-maladie sont effectivement assurées.

Sans cela, il existe un danger que les économies ne soient pas réalisées dans l'assurance-maladie; le besoin supplémentaire augmenterait alors, selon le scénario considéré, de 125 à 500 millions de francs pour la Confédération et de 75 à 250 millions de francs pour les cantons. Les changements les plus incisifs sont donnés dans les deux paquets réduction qui misent sur une forte compression des coûts dans l'AM.

Rappelons que les effets des divers scénarios de prestations sur les budgets publics doivent être considérés en regard du besoin supplémentaire retenu dans le scénario de référence:

Dans le scénario réduction, le besoin supplémentaire de 6,8% de TVA (15,3 milliards de francs) calculé par IDA FiSo 1 est réduit à 4% de TVA (9 milliards de francs). La réduction des prestations proposée permet de décharger notamment les pouvoirs publics. Cependant, comparé au besoin supplémentaire retenu dans le scénario de référence, cette décharge est modeste. Le besoin supplémentaire de la Confédération en 2010 est estimé à 1,6% de TVA, soit quelque 3,6 milliards de francs. Même avec les mesures de réduction, il demeure un besoin supplémentaire de 1,2% de TVA ou 2,7 milliards de francs. Pour les cantons, le besoin supplémentaire dans le scénario de référence s'élève à 0,8% de TVA ou 1,8 milliard de francs. Avec une décharge maximale de 350 millions, il reste un besoin supplémentaire de 0,6% de TVA, soit 1,4 milliard de francs.

Dans le scénario augmentation, le besoin supplémentaire pour les pouvoirs publics s'accroît davantage.

Résumé du rapport

1. Précédents, mandat et mode de travail du groupe IDA FiSo 2

1.1 Précédents

Suite à différentes interventions parlementaires exigeant une vue d'ensemble des perspectives de financement des assurances sociales, le Conseil fédéral a, à la fin de 1994, institué un groupe de travail interdépartemental „Perspectives de financement des assurances sociales“ (IDA FiSo). La tâche principale d'IDA FiSo consistait à estimer les besoins financiers nécessaires à moyen et à long terme pour garantir les assurances sociales de la Confédération. Le rapport du groupe IDA FiSo, publié en juin 1996, est arrivé à la conclusion qu'en l'an 2010, il faudra des rentrées supplémentaires de l'ordre de 15 milliards de francs, équivalant à 6,8 % de la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) pour financer les prestations des assurances sociales prévues aujourd'hui. Les besoins financiers supplémentaires devraient se concentrer sur l'assurance-maladie (l'équivalent de 3,4% de TVA en 2010), l'AVS (l'équivalent de 2,5% de TVA en 2010) et l'AI (l'équivalent de 1,3% de TVA en 2010). On a admis comme hypothèse une réduction de charge équivalant à 1 % de TVA en 2010 pour l'assurance-chômage et une faible charge supplémentaire, correspondant à 0,6% de TVA en 2010, pour les six autres branches des assurances sociales qui ont été examinées.

1.2 Mandat du Conseil fédéral au groupe IDA FiSo 2

En vertu du mandat qui lui était confié, le groupe IDA FiSo 1 devait se pencher essentiellement sur l'aspect financier des assurances sociales. Afin de compléter ses bases de décision, le Conseil fédéral a, en septembre 1996, chargé un groupe de travail de suivi (IDA FiSo 2) d'analyser *le domaine des prestations* des assurances sociales. Le mandat principal donné au groupe IDA FiSo 2 était, en particulier, d'examiner des mesures de réduction et de développement dans différents domaines de prestations et de les intégrer dans trois scénarios distincts pour l'an 2010: un scénario „statu quo“, soit le maintien du niveau de prestations actuel, un scénario „augmentation ciblée“ et un scénario „réduction ciblée“.

Partant des besoins financiers supplémentaires établis par le groupe IDA FiSo 1 pour le système actuel de prestations en l'an 2010 (près de 15 milliards de francs), le Conseil fédéral a fixé, pour les trois scénarios, un cadre de financement pour les besoins supplémentaires variant entre 9 milliards de francs (scénario de prestations „réduction ciblée“) et 18 milliards (scénario de prestations „augmentation ciblée“).

Sur le modèle du premier rapport IDA FiSo qui limitait ses réflexions les plus poussées à l'horizon 2010, il s'imposait de choisir aussi pour *référence l'année 2010* afin notamment de pouvoir établir des comparaisons. Les scénarios qui allaient au-delà de l'an 2010 n'avaient plus, de l'avis même du groupe IDA FiSo 1, qu'une valeur strictement indicative. Hormis le mandat d'examen propre, le Conseil fédéral a, à titre documentaire, donné quelques principes indiquant la voie à suivre.

1.3 Mode de travail du groupe IDA FiSo 2

1.3.1 Méthode utilisée

Dans un *premier temps*, le groupe de travail concrétise les *paramètres de prestations* définis par le Conseil fédéral : il propose des mesures de réduction, de développement et de transfert et estime leurs incidences financières pour l'an 2010. Pour des raisons de cohérence, les estimations des coûts pour l'an 2010 reposent sur le *scénario de référence* retenu par le groupe IDA FiSo 1. Ce scénario table sur une croissance annuelle du salaire réel de 1%, une croissance économique moyenne de 1,3% par année et un taux de chômage de 2,5% en l'an 2010.

Il n'est pas de la compétence d'un groupe de travail de l'administration de préjuger de l'aménagement du système d'assurances sociales en l'an 2010. Sa tâche consiste à présenter aux décideurs politiques un choix aussi large que possible d'alternatives pour le développement à moyen terme des assurances sociales. Le groupe IDA FiSo 2 a donc décidé de grouper, dans un *deuxième temps*, les paramètres de prestations en fonction de différentes priorités possibles au sein des différentes branches des assurances sociales („*modules de prestations*“). Cette manière de procéder a permis au groupe de travail de présenter, dans un *troisième temps*, différents *paquets de prestations* au sein des trois scénarios de prestations fixés par le Conseil fédéral („*statu quo*“, „*réduction ciblée*“, „*augmentation ciblée*“). Ces paquets résultent de la combinaison des modules de prestations des différentes branches des assurances sociales ou des différents domaines de prestations.

La terminologie du groupe IDA FiSo 2

- **Scénarios de prestations**

Les scénarios de prestations sont les objectifs fixés par le Conseil fédéral pour le système de prestations des assurances sociales en l'an 2010. Le Conseil fédéral a défini trois scénarios de prestations („statu quo“, „réduction ciblée“, „augmentation ciblée“) qui entraînent pour l'an 2010 des dépenses supplémentaires variant entre 4,0 et 8,0 pour cent de TVA.

- **Paramètre de prestations**

Un paramètre de prestations est un domaine de prestations fixé en règle générale par le Conseil fédéral pour lequel sont définies des mesures concrètes de réduction, de développement ou de transfert.

Exemple: dans le paramètre de prestations „Age de la retraite“, il est possible de définir comme mesure de réduction un relèvement de l'âge de la retraite, comme mesure de développement un abaissement de l'âge de la retraite et, comme mesure de transfert, une retraite à la carte.

- **Module de prestations**

Un module de prestations est la combinaison de mesures touchant un ou plusieurs paramètres de prestations d'une branche des assurances sociales qui constitue une priorité thématique.

Exemple: dans l'AVS, les mesures „Adaptation à l'évolution des prix“ et „Ralentissement du rythme des adaptations“ peuvent être conjuguées pour former un module dans lequel la réduction est centrée sur l'adaptation des rentes.

Un paquet de prestations est la combinaison de différents modules de prestations des diverses branches de l'assurance sociale au sein d'un scénario de prestations.

Exemple: le module de prestations AVS „Réduction mettant l'accent sur l'âge de la retraite“ peut, combiné avec le module de prestations AC „pas de réduction“ et le module de prestations LAMal „fort ralentissement de l'augmentation des coûts“ former un paquet de prestations qui, par ses incidences financières, entre dans le cadre de financement du scénario de prestations „réduction ciblée“.

Se fondant sur les paquets de prestations qu'il avait „ficelés“, le groupe de travail a examiné, dans un quatrième et dernier temps, les sources de financement pouvant entrer en ligne de compte pour couvrir les besoins supplémentaires estimés pour l'an 2010. Il a également analysé les conséquences économiques découlant des différents modes de financement. Plusieurs experts externes à l'administration ont été chargés de réaliser des études empiriques pour clarifier la question (voir chiffre 5.2 du résumé).

1.3.2 Intégration de la Commission consultative

La Commission consultative a accompagné le groupe IDA FiSo 2 dans ses travaux. De plus, profitant de la possibilité qui lui avait été donnée, elle a soumis des suggestions de fond sur deux points essentiellement:

D'une part, la Commission consultative a proposé de prendre en considération des paramètres supplémentaires. Ces paramètres cadrent certes avec le mandat du Conseil fédéral, mais celui-ci n'avait pas expressément demandé de les examiner. Le groupe IDA FiSo 2 a accepté la majorité des propositions de la Commission. Ces propositions sont signalées comme telles dans la partie 1 du rapport.

D'autre part, la Commission consultative a rédigé un rapport consacré aux nouveaux risques sociaux. Ce rapport a été transmis aux membres du groupe IDA FiSo 2 en novembre 1997. Une faible majorité du groupe a souhaité publier le rapport de la Commission consultative en annexe au rapport final IDA FiSo 2. Le groupe de travail n'a pas discuté du fond du rapport rapport de la Commission consultative et n'a donc pas pris position sur ses résultats notamment parce que ce rapport dépasse le cadre du mandat donné par le Conseil fédéral au groupe IDA FiSo 2.

2. Concrétisation des paramètres de prestations (résumé de la 1ère partie)

2.1 Objet des paramètres de prestations

Le mandat du Conseil fédéral définit pour les quatre branches des assurances sociales dont l'importance financière et/ou sociale est primordiale (*AVS, AI, assurance-maladie, assurance-chômage*), 15 paramètres de prestations pour lesquels le groupe de travail doit examiner, en priorité, les possibilités de développement et de réduction. Parmi ces 15 paramètres de prestations, on distingue quatre paramètres essentiels dans le premier pilier (âge de la retraite, niveau des rentes, adaptation des rentes, rentes de veuve et de veuf). Les autres paramètres de prestations mettent en lumière des aspects partiels de l'AVS, de l'AI, de l'assurance-maladie et de l'assurance-chômage.

Le Conseil fédéral a toutefois précisé que ce catalogue prioritaire de 15 paramètres n'était pas exhaustif. Il a ainsi donné expressément au groupe IDA FiSo 2 la possibilité d'intégrer dans son analyse d'autres branches des assurances sociales. Fort de cette possibilité, le groupe IDA FiSo 2 a étendu sa démarche à la *prévoyance professionnelle, l'assurance militaire, l'assurance-accidents et les allocations familiales dans l'agriculture*. S'il a agi ainsi, c'est pour aboutir à la plus grande harmonisation possible entre les branches des assurances sociales, comme le souhaitait le Conseil fédéral dans son mandat.

Avec les paramètres de prestations définis sur suggestion de la Commission consultative, on obtient, dans le *domaine des prestations de huit branches des assurances sociales, un système dont les différents éléments peuvent se combiner*. Sur les dix branches des assurances sociales qui existent à l'heure actuelle, seules les prestations *complémentaires et le régime des allocations pour perte de gain* n'ont pas été pris en considération. Le groupe

IDA FiSo 2 a en effet considéré que la discussion des variantes de prestations a été provisoirement close par l'entrée en vigueur le 1er janvier 1998 de la 3e révision des prestations complémentaires. Pour ce qui est du régime des allocations pour perte de gain, le Conseil fédéral a décidé d'attendre le présent rapport pour se déterminer sur la 6e révision des APG.

Hormis de véritables adaptations de prestations, le groupe de travail a aussi, conformément à son mandat, examiné des *adaptations structurelles* et des mesures susceptibles de réduire les coûts en exploitant d'éventuels *potentiels de rationalisation*. Il a concentré ses efforts sur l'assurance-maladie, ainsi que sur l'assurance-invalidité (planification des besoins, maîtrise des coûts) et sur la prévoyance professionnelle (libre choix de la caisse de pension).

Pour juger les paramètres de prestations, il ne faut pas oublier que la *fiabilité de l'estimation* des incidences économiques des mesures de réduction ou de développement examinées diffère d'une mesure à l'autre. Ainsi, dans le domaine par exemple des prestations du premier pilier clairement décrites dans la loi, les estimations sont nettement plus fiables que celles portant sur la réalisation d'un potentiel de rationalisation (par ex. la planification hospitalière dans l'assurance-maladie). L'estimation des effets de telles mesures de rationalisation sur les coûts ne peut être qu'approximative. Enfin, les *chances de réalisation* doivent aussi être évaluées différemment selon les mesures.

2.2 Paramètres de prestations dans le domaine VSI (AVS/AI/PP)

2.2.1 Age de la retraite

Le système actuel de prévoyance vieillesse se fonde sur des limites d'âge fixes tant dans le premier pilier (femmes 64 ans/hommes 65 ans) que dans le deuxième (femmes 62 ans/hommes 65 ans). Pour le premier pilier, la loi prévoit toutefois la possibilité de prendre une retraite anticipée entraînant une réduction actuarielle de la rente ou d'ajourner la rente avec une prime de report. Partant de cet état de fait, le groupe de travail a concrétisé le paramètre de prestations „Age de la retraite“ dans les variantes suivantes:

• **Dans l'AVS:**

- Variante 1: modification des limites d'âge fixes dans une fourchette allant de 66/66 à 63/63 ans -1'450 bis +2'280 mio. fr.
- Variante 2: limites d'âge fixes sans réduction ou avec faible réduction en cas de retraite anticipée pour certaines catégories de personnes +500 bis +800 mio. fr.
- Variante 3: rente de retraite, c.-à-d. droit à la rente dans une fourchette d'âge déterminée sans réduction ni supplément, sous condition de cessation d'activité. +2'485 bis +2'930 mio. fr.

• **Dans la PP:**

- Modification des limites d'âge fixes dans la fourchette d'âge 66/66 et 63/63 -800 bis +1'410 mio. fr.

2.2.2

Niveau et formule des rentes

L'objectif des prestations des 1er et 2e piliers qui est inscrit dans la Constitution fédérale, à savoir la couverture des besoins vitaux et le maintien du niveau de vie habituel, détermine certes en principe le niveau des rentes. La concrétisation de ce principe au niveau légal laisse cependant une certaine marge de manœuvre notamment par le biais de la définition du revenu assuré ou de la formule des rentes. Le groupe IDA FiSo 2 a tenté d'exploiter cette marge de manœuvre pour formuler différentes variantes tout en respectant certaines décisions de principe (par ex. renoncement à l'introduction d'une rente unique ou à l'augmentation du rapport entre rente minimale et rente maximale):

- **Formule des rentes du premier pilier/rapport entre rente minimale et rente maximale**

- <u>Variante 1:</u>	relèvement de 20% de la rente minimale sans adaptation de la rente maximale	+520 mio. fr.
- <u>Variante 2:</u>	abaissement de 10% de la rente maximale	-2'570 mio. fr.
- <u>Variante 3:</u>	relèvement de 33,33% de la rente minimale et abaissement de 5,7% de la rente maximale	0 mio. fr.
- <u>Variante 4:</u>	relèvement du point d'infexion de la formule des rentes de 1/6	+170 mio. fr.
- <u>Variante 5:</u>	relèvement de la limite de revenu pour la rente maximale	-350 mio. fr.

- **Rapport entre la rente et l'avoir vieillesse dans le deuxième pilier (taux de conversion)**

Augmentation pour faire face à l'accroissement de l'espérance de vie et abaissement du taux de conversion	+1'100 mio. fr.
---	-----------------

- **Extension du deuxième pilier pour les revenus modestes:**

- <u>Variante 1:</u>	abaissement de la déduction de coordination pour les revenus moyens et faibles et abaissement simultané du seuil d'accès de 1/3	+600 mio. fr.
- <u>Variante 2:</u>	extension du 2e pilier selon variante 1 avec, en outre, déduction de coordination variant en fonction du taux d'occupation	+900 mio. fr.

- **Elargissement général du deuxième pilier par le biais d'un abaissement de la déduction de coordination**

- <u>Variante 1:</u>	abaissement de 1/3 de la déduction de coordination	+2'750 mio. fr.
- <u>Variante 2:</u>	suppression de la déduction de coordination	coûts supplémentaires élevés, non chiffrables

- **Restriction du deuxième pilier pour les revenus supérieurs**

Abaissement de 6% de la limite supérieure du revenu formateur de la rente, soit un abaissement de 10% du gain assuré maximal du domaine obligatoire	-1'000 mio. fr.
---	-----------------

2.2.3 Adaptation des rentes

Seule une adaptation suffisante des rentes permet d'atteindre le but de politique sociale qui consiste à offrir aux bénéficiaires de rentes vieillesse, survivants et invalidité la sécurité économique. Dans la première partie de son rapport, le groupe de travail examine différentes méthodes d'adaptation qui diffèrent des mécanismes d'adaptation en vigueur aujourd'hui:

- **Ampleur et rythme de l'adaptation des rentes dans le premier pilier:**

- <u>Variante 1:</u> adaptation des rentes à l'évolution des salaires	+1'200 mio. fr.
- <u>Variante 2:</u> adaptation des rentes à l'évolution des prix	-1'200 mio. fr.
- <u>Variante 3:</u> ralentissement du rythme des adaptations	-400 à -800 mio. fr.
- <u>Variante 4:</u> accélération du rythme des adaptations	+400 à +800 mio. Fr.

- **Ampleur de l'adaptation des rentes dans le deuxième pilier:**

- <u>Variante 1:</u> adaptation complète des rentes vieillesse à l'évolution des prix	+1'400 mio. fr.
- <u>Variante 2:</u> adaptation partielle des rentes vieillesse à l'évolution des prix	+1'100 mio. fr.

2.2.4 Rente de veuve et de veuf

Selon le droit en vigueur, les conditions donnant droit aux rentes de veuve diffèrent de celles ouvrant le droit aux rentes de veuf. L'uniformisation de ces conditions, demandée par le Conseil fédéral dans son mandat, peut en principe se faire de deux manières:

- <u>Variante 1:</u> adaptation des rentes de veuf aux rentes de veuve	+150 mio. fr.
- <u>Variante 2:</u> adaptation des rentes de veuve aux rentes de veuf	-700 à -750 mio. fr.

2.2.5 Autres paramètres de prestations dans le domaine VSI

Outre les quatre paramètres de prestations principaux (âge de la rente, niveau/formule des rentes, adaptation des rentes et rentes de veuve/veuf), le Conseil fédéral a défini, dans le domaine VSI, six autres paramètres d'importance financière moindre que le groupe de travail a délimité de la manière suivante:

- Redimensionnement de l'assurance VSI facultative	-110 mio. fr.
- Revalorisation annuelle des revenus du 1er pilier	0 bis +800 mio. fr.
- Suppression des rentes complémentaires AI	-235 mio. fr.
- Suppression des quarts de rentes AI	-20 mio. fr.
- Introduction d'une allocation d'assistance dans l'AI	0 bis +653 mio. fr.
- Amélioration des rentes pour les cas d'infirmité congénitale et d'invalidité précoce	+22 bis +70 mio. fr.

2.3 Paramètres de prestations dans l'assurance-chômage

Dans le domaine des cinq différentes prestations individuelles prévues par la législation sur l'assurance-chômage (indemnités de chômage, indemnités pour réductions de l'horaire de travail, indemnités en cas d'intempérie, indemnités en cas d'insolvabilité et prestations en cas de participation à des mesures de reconversion, de perfectionnement et d'intégration), les paramètres définis sont les suivants :

- Indemnités de chômage:	
• Réduction de la durée maximale des prestations de 520 à 400 jours	-150 bis -290 mio. fr.
• Réduction de la durée maximale du droit aux indemnités de 520 à 200 jours pour les personnes libérées des conditions relatives à la période de cotisation	-30 mio. fr.
• Nouvelle réglementation de la limite de surindemnisation en cas de retraite anticipée non volontaire	-8,5 mio. fr.
- Indemnité en cas d'intempérie: suppression	-35 mio. fr.
- Indemnité en cas d'insolvabilité: réduction de la durée des prestations de six à trois mois	-42 mio. fr.
- Mesures du marché du travail:	
• Prestations en cas de participation à des mesures de reconversion, de perfectionnement et d'intégration: passage d'un système de salaire à un système d'indemnités	-155 mio. fr.
• Réduction des taux de subvention	-24 mio. fr.

2.4**Paramètres de prestations dans l'assurance-maladie**

Le système de prestations de l'assurance-maladie diffère fondamentalement de celui des autres branches des assurances sociales dans la mesure où, à quelques exceptions près, on ne trouve pas dans la loi un catalogue exhaustif et immuable de prestations: on admet que, pour être obligatoirement à la charge des caisses-maladie, un diagnostic ou une mesure thérapeutique doit être efficace, utile et économique. Le groupe de travail a décidé de tabler en priorité sur les mesures qui n'entraînent pas un changement radical du système de l'assurance-maladie. Il a donc mis l'accent sur les mesures permettant de ralentir l'augmentation des coûts et non sur l'adaptation des prestations médicales/de soins au sens étroit du terme. Ces mesures consistent souvent en une modification des structures d'incitation sur l'offre (par ex. planification hospitalière) ou sur la demande (par ex. participation des assurés aux coûts). Leurs effets sur les coûts sont difficiles à chiffrer. En outre, elles ne peuvent pas être simplement additionnées, car l'effet de mesures combinées ne peut guère être estimé. L'examen s'est concentré sur les mesures suivantes:

- | | |
|--|----------------------------|
| - Réduction des surcapacités dans le secteur hospitalier
(planification hospitalière) | -1'200 mio. fr. |
| - Réduction des surcapacités dans le secteur ambulatoire | -1'200 mio. fr. |
| - Adaptation des prix des médicaments | -500 bis -1'000 mio. fr. |
| - Augmentation de la participation aux coûts, nouveaux modèles d'assurance | -1'200 bis -3'500 mio. fr. |
| - Modification du financement des hôpitaux | -1'600 bis -1'900 mio. fr. |

Mais à partir d'un certain degré d'intensité, les mesures visant à ralentir l'augmentation des coûts peuvent être ressenties par les assurés comme des réductions de prestations ou être objectivement considérées comme des réductions de prestations (par ex. en cas de fermeture d'un hôpital). Comme la limite entre mesures visant à endiguer les coûts et mesures de prestations est floue, il semble justifié de classer sous la dénomination „paramètres de prestations“ les démarches de rationalisation examinées.

2.5 Paramètres de prestations dans les autres branches des assurances sociales

Le groupe IDA FiSo a fait usage de la possibilité qui lui était donnée d'étendre son analyse à des branches des assurances sociales autres que les quatre principales (AVS, AI, assurance-maladie et assurance-chômage). Il a ainsi examiné les paramètres de prestations suivants:

- **Assurance-accidents**
 - Réduction ou gel du gain maximum assuré -90 bis -300 mio. fr.
 - Suppression de la rente pour atteinte à l'intégrité dans l'AANP -60 mio. fr.
- **Assurance militaire**
 - Gel du gain maximum assuré -1 mio. fr.
 - Réduction du taux de prestation à 80% du gain assuré -6,3 mio. fr.
- **Allocations familiales dans l'agriculture**
 - Suppression de l'allocation ménage pour employés agricoles -5,5 mio. fr.
 - Renonciation à l'adaptation du taux des allocations pour enfants -30 mio. fr.

2.6 Remarques relatives aux perspectives de financement à court terme des principales branches des assurances sociales

En raison du choix par le Conseil fédéral de l'année 2010 comme point de référence, l'évolution financière effective qui est moins favorable à court terme n'est en principe pas prise en considération. Afin de ne pas complètement éliminer ce problème, le groupe de travail signale aussi la situation financière aujourd'hui préoccupante de différentes branches des assurances sociales.

Les inquiétudes se concentrent sur l'AVS (état du fonds estimé à environ deux tiers en l'an 2001), l'AI (augmentation des dettes jusqu'en l'an 2001 estimée à près de 38% des dépenses d'une année, malgré le transfert de capitaux des APG) et l'assurance-chômage (poursuite de l'endettement au moins jusqu'en l'an 2000). Il faut s'attendre ces prochaines années à des excédents de dépenses de l'ordre de 1,6 à 3,7 milliards de francs par année dans ces branches d'assurances sociales. Seuls 91 à 97 % des dépenses seront ainsi couverts par les rentrées. L'excédent de dépenses est imputable non seulement à une augmentation des dépenses, mais également à un recul des rentrées dû à la récession.

Cette situation financière à court terme met en évidence la nécessité de tenir compte, lors de futures décisions, des aspects financiers à court terme et non seulement à long terme. Il faut donc aussi envisager des mesures à court terme pour stabiliser la situation financière de l'AVS, de l'AI et tout spécialement de l'assurance-chômage.

2.7 **Interactions et mécanismes de transfert entre les branches des assurances sociales**

Il existe entre les différentes branches des assurances sociales, mais aussi entre les assurances sociales et l'aide sociale, de multiples interactions. Ainsi, des modifications de prestations peuvent *grever* un domaine et en *décharger* d'autres. Le coût de ces effets est difficile à estimer. Le groupe de travail a mis l'accent sur les effets *qualitatifs* des modifications de l'âge de la retraite et des modifications du montant des prestations financières (avec à chaque fois les interactions, en particuliers entre l'AVS, l'AI, la prévoyance professionnelle, l'assurance-chômage, les prestations complémentaires et l'aide sociale). Des données *quantitatives* sont disponibles uniquement dans les domaines de prestations qui, sur mandat du groupe IDA FiSo 2, ont fait l'objet d'études scientifiques. Ces études arrivent à la conclusion que

- le potentiel d'économies que représente une nouvelle réglementation de la rente de veuve serait réduit de 20% environ par des dépenses supplémentaires dans l'assurance-chômage et l'aide sociale;
- quant aux économies que pourrait permettre une réduction de 520 à 400 jours de la durée maximale des prestations dans l'assurance chômage, elles seraient amputées d'un tiers par des dépenses supplémentaires dans l'aide cantonale aux chômeurs et l'aide sociale.

3. **Modules de prestations (résumé de la 2e partie)**

3.1 **Objet des modules de prestations**

La combinaison des différents paramètres de prestations définis dans la première partie du rapport permet de former des modules de prestations qui montrent les possibilités de satisfaire aux exigences de réduction ou de développement dans les différentes branches des assurances sociales ou dans les différents domaines de prestations en l'an 2010. Dans la deuxième partie du rapport, la formation des modules de prestations obéit aux principes suivants:

- Les modules de prestations sont créés uniquement dans les branches des assurances sociales auxquelles le Conseil fédéral a, dans son mandat, donné la priorité, à savoir l'AVS, l'AI, l'assurance-maladie et l'assurance-chômage.
- Seuls sont pris en considération les paramètres de prestations d'une *importance financière capitale*.

- Les *potentiels de rationalisation* doivent être *exploités* le plus possible dans chaque cas, c'est-à-dire indépendamment des scénarios de prestations concrets.
- Dans la mesure du possible, la définition des modules de prestations met *l'accent sur l'option choisie : réduction ou développement*.

3.2 Présentation synoptique des modules de prestations

Nous présentons ci-dessous, sous forme synoptique, les modules de prestations définis dans la deuxième partie du rapport. Les modules de prestations sont classés en fonction de leurs incidences sur les prestations (palette de prestations inchangée, limitée ou élargie).

Dans *l'assurance-maladie*, il faut relever qu'aucun module de prestations ne prend pour hypothèse une baisse effective des coûts. Les trois modules de prestations se fondent sur un ralentissement de l'augmentation des coûts: alors que dans son scénario de référence le groupe IDA FiSo 1 tablait sur une croissance réelle des dépenses de l'assurance-maladie de 3,8% par année en moyenne, ce taux de croissance tombe à 3,4% en cas de léger ralentissement de l'augmentation des coûts, à 3% en cas de ralentissement moyen et à 2,2 à 2,6% en cas de fort ralentissement. Tandis que les deux premiers modules de prestations contiennent des mesures déjà prévues dans le système en vigueur (module de prestations 1) ou tout au moins compatibles avec ce système (module de prestations 2), le troisième propose des mesures (par ex. participation aux coûts ou restriction du libre choix du fournisseur de prestations dans le cadre de modèles alternatifs d'assurance) qui sont tellement à la limite du système actuel que leur stricte mise en œuvre, en particulier dans la variante renforcée, serait considérée comme une réduction de prestations.

En ce qui concerne *l'assurance-chômage*, les modules de prestations tiennent compte du fait que cette assurance est celle qui réagit le plus fortement à l'évolution économique et que l'on ne peut exclure qu'à long terme aussi le taux de chômage soit supérieur aux 2,5% retenus par le groupe IDA FiSo 1. C'est la raison pour laquelle, dans les modules de prestations, tant le taux de chômage (on a retenu, en plus, un taux de chômage de 3,5%) que les paramètres de prestations varient.

	AVS/AI/PP	Assurance-maladie	Assurance-chômage
Palette de prestations inchangée	<p>Module de prestations 1 Neutralité des coûts</p>	<p>Module de prestations 1 Léger ralentissement de l'augmentation des coûts (5%) par:</p> <ul style="list-style-type: none"> • planification hospitalière • baisse du prix des médicaments <p>Module de prestations 2 Ralentissement moyen de l'augmentation des coûts (10%) par:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5 %: planification hospitalière/baisse du prix des médicaments • 5 %: légère augmentation de la participation aux coûts/ promotion de nouveaux modèles d'assurance / réduction des surcapacités dans le secteur ambulatoire/ modification du financement des hôpitaux 	<p>Module de prestations 1 Taux de chômage 2,5%</p> <p>Module de prestations 2 Taux de chômage 3,5%</p>
Palette de prestations réduite	<p>Module de prestations 2 Réduction symétrique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Age de la retraite 65/65 • Relèvement du revenu-limite pour la rente maximale • Ralentissement du rythme de l'adaptation des rentes • Rente de veuve: Restriction des conditions d'octroi <p>Module de prestations 3 Accent mis sur l'âge de la rente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Age de la rente 66/66 • Rente de veuve: Restriction des conditions d'octroi <p>Module de prestations 4 Accent mis sur la formule des rentes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abaissement de la rente maximale • Rente de veuve: Restriction des conditions d'octroi <p>Module de prestations 5 Accent mis sur l'adaptation des rentes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adaptation à l'évolution des prix • Ralentissement du rythme • Rente de veuve: Restriction des conditions d'octroi 	<p>Module de prestations 3 Fort ralentissement de l'augmentation des coûts (15-20%)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Forte augmentation de la participation aux coûts/Promotion massive des modèles d'assurances alternatifs • Planifications restrictives dans les secteurs hospitalier et ambulatoire • Indemnisation essentiellement par le biais de forfaits par patient et/ou par diagnostic • Modification du financement des hôpitaux • Exclusion de toute prestation ne répondant pas au critère économique 	<p>Module de prestations 3 Taux de chômage 2,5%</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réduction de la durée maximale des prestations de 520 à 400 jours • Réduction de 520 à 200 jours de la durée maximale du droit aux indemnités pour les personnes libérées des conditions relatives à la période de cotisation • Réduction de la durée des prestations en cas d'insolvabilité <p>Module de prestations 4 Taux de chômage 3,5%</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réduction de la durée maximale des prestations de 520 à 400 jours • Réduction de 520 à 200 jours de la durée maximale du droit aux indemnités pour les personnes libérées des conditions relatives à la période de cotisation • Réduction de la durée des prestations en cas d'insolvabilité • Système d'indemnités lors de l'application de programmes d'occupation • Réduction des taux de subvention pour les mesures relatives au marché de l'emploi • Limite de surindemnisation en cas de retraite anticipée • Suppression des indemnités en cas d'intempérie.

Palette de prestations élargie	Module de prestations 6 Accent mis sur les revenus modestes/personnes occupées à temps partiel <ul style="list-style-type: none"> • Retraite à la carte • Extension pour les revenus modestes • Fixation de la déduction de coordination en fonction du taux d'occupation • Augmentation des avoirs vieillesse • Introduction d'une allocation d'assistance Module de prestations 7 Accent mis sur la garantie générale du niveau des rentes <ul style="list-style-type: none"> • 1^{er} pilier: adaptation des rentes à l'évolution des salaires à raison de 3/4 • 2^e pilier: augmentation des avoirs vieillesse; adaptation partielle au renchérissement. Module de prestations 8 Symmetrischer Ausbau <ul style="list-style-type: none"> • 1^{er} pilier: retraite à la carte; introduction d'une allocation d'assistance • 2^e pilier: fixation de la DC en fonction du taux d'occupation; augmentation des avoirs vieillesse; adaptation partielle au renchérissement • 1^{er} ou 2^e pilier: développement pour les revenus modestes 		
---------------------------------------	---	--	--

4. Paquets de prestations et scénarios de prestations (résumé de la 3e partie)

4.1 Remarque préliminaire

Le mandat du Conseil fédéral prévoit que les mesures de réduction ou de développement des prestations examinées doivent s'inscrire dans les trois scénarios de prestations suivants qui ont chacun un cadre financier différent:

Scénario de prestations	Cadre financier (=besoins financiers supplémentaires en l'an 2010)	
	en % de TVA	en milliards de francs
Statu quo	+6,8	+15,3
Réduction ciblée	+4,0	+9,0
Augmentation ciblée	+8,0	+18,0

Le fait que même le scénario de prestations „réduction ciblée“ prévoie des dépenses supplémentaires équivalant à 4% de TVA s'explique par *les grandeurs de comparaison* retenues: la réduction ne se mesure pas aux dépenses actuelles, mais au niveau de prestations, c'est-à-dire aux *dépenses qui sont nécessaires pour financer, en 2010, le niveau de prestations actuel*. S'il y a réduction, c'est que dans le scénario „réduction ciblée“, les besoins supplémentaires nécessaires pour maintenir les prestations en l'an 2010 sont inférieurs de près de moitié à ceux qui avaient été admis (9,0 au lieu de 15,3 milliards de francs). Le Conseil fédéral a donné plus de poids l'examen de la réduction des prestations puisque l'écart par rapport au statu quo est plus marqué si l'on tend à réduire les prestations (-2,8% de TVA, -6,3 milliards de francs) que si l'on tend à les développer (+1,2% de TVA, +2,7 milliards de francs).

Dans la troisième partie du rapport, le groupe IDA FiSo 2 combine et classe les modules de prestations des différentes branches des assurances sociales pour obtenir des paquets de prestations qui tiennent compte du cadre financier des scénarios de prestations définis par le Conseil fédéral.

Les potentiels de rationalisation à disposition dans les différents domaines doivent être exploités à fond dans chaque cas et non seulement dans le scénario de prestations „réduction ciblée“. Des améliorations de prestations supplémentaires peuvent ainsi être réalisées dans les scénarios „statu quo“ et „développement ciblé“. A cet égard, il faut veiller à ce que *les améliorations de prestations soient mises en œuvre seulement lorsque les économies décidées déploient financièrement leurs effets*.

Les paquets de prestations ficelés par le groupe IDA FiSo 2 sont présentés sous forme de graphique sous chiffres 4.2 à 4.4.

4.2 Paquets de prestations dans le scénario „statu quo“ (avec éléments matériels de développement et mesures de ralentissement de l'augmentation des prix)

La notion de statu quo se réfère aux prestations. En ce qui concerne le financement, le groupe IDA FiSo 1 se fondait sur des besoins supplémentaires équivalant à 6,8% de TVA. Selon le Conseil fédéral, le cadre financier est défini de manière à ce que le système de prestations actuel puisse être financé en l'an 2010. Il faut donc partir du principe que la plupart des domaines de prestations resteront inchangés. Toutefois, si l'on réussissait à exploiter des potentiels d'économies (par ex. dans l'assurance-maladie), des améliorations ciblées pourraient être apportées à des prestations d'autres domaines (par ex. dans les premier et deuxième piliers).

Paquet de prestations 1 dans le scénario „statu quo“ (avec éléments matériels de développement) (taux de chômage 2,5%)		
<i>AVS/AI/PP</i>	<i>Assurance-maladie</i>	<i>Assurance-chômage</i>
Module de prestations 6 Accent mis sur revenus modestes/personnes occupées à temps partiel (extension réduite) <ul style="list-style-type: none"> • Retraite à la carte • Relèvement de la rente minimale • Fixation de la déduction de coordination en fonction du taux d'occupation • Augmentation des avoirs vieillesse • Introduction d'une allocation d'assistance 	Module de prestations 1 Léger ralentissement de l'augmentation des coûts (5%) par: <ul style="list-style-type: none"> • Planification hospitalière • Baisse du prix des médicaments 	Module de prestations 1 Taux de chômage 2,5% Palette de prestations inchangée
et		
OU		
Module de prestations 7 Accent mis sur la garantie générale du niveau des rentes (extension réduite) <ul style="list-style-type: none"> • 1^{er} pilier: adaptation des rentes à l'évolution des salaires • 2^{er} pilier: augmentation des avoirs de vieillesse et adaptation partielle au renchérissement 	Module de prestations 2 Ralentissement moyen de l'augmentation des coûts (10%) par: <ul style="list-style-type: none"> • 5%: planification hospitalière/baisse du prix des médicaments • 5%: légère augmentation de la participation aux coûts/promotion de nouveaux modèles d'assurances/réduction des surcapacités dans le secteur ambulatoire/ modification du financement des hôpitaux 	
OU		
+ 1,8 milliards de francs	-1,2 à -2,4 milliards de francs	0

Si l'on prend pour hypothèse un taux de chômage de 3,5%, les dépenses supplémentaires qui en découlent doivent être compensées par des économies dans d'autres secteurs pour respecter le cadre financier donné.

Paquet de prestations 2 dans le scénario „statu quo“ (avec éléments matériels de développement) (taux de chômage 3,5%)		
<i>AVS/AI/PP</i>	<i>Assurance-maladie</i>	<i>Assurance-chômage</i>
Module de prestations 1 Neutralité des coûts	Module de prestations 1 Léger ralentissement de l'augmentation des coûts (5%) par: • planification hospitalière • baisse du prix des médicaments	Module de prestations 4 Taux de chômage 3,5% • Réduction de la durée maximale des prestations de 520 à 400 jours • Réduction de 520 à 200 jours de la durée maximale du droit aux indemnités pour les personnes libérées des conditions relatives à la période de cotisation • Réduction de la durée des prestations en cas d'insolvabilité • Système d'indemnités lors de l'application de programmes d'occupation • Réduction des taux de subvention pour les mesures relatives au marché de l'emploi • Limite de surindemnisation en cas de retraite anticipée • Suppression des indemnités en cas d'intempérie.
et	et	
	OU	
	Module de prestations 2 Ralentissement moyen de l'augmentation des coûts (10%) par: • 5%: planification hospitalière/baisse du prix des médicaments • 5%: légère augmentation de la participation aux coûts/ promotion de nouveaux modèles d'assurance / réduction des surcapacités dans le secteur ambulatoire/ modification du financement des hôpitaux	
0	-1,2 à -2,4 milliards de francs	+1,6 milliards de francs

4.3 Paquets de prestations dans le scénario „Réduction ciblée“ (besoins supplémentaires relatifs de 4,0% de TVA en l'an 2010)

Dans les scénarios de réduction, des mesures d'économie s'imposent dans les trois domaines de prestations essentiels, que le taux de chômage retenu soit de 2,5% (paquet de prestations 1) ou de 3,5% (paquet de prestations 2):

Paquet de prestations 1 dans le scénario „Réduction ciblée“ (taux de chômage 2,5%)		
<i>AVS/AI/PP</i>	<i>Assurance-maladie</i>	<i>Assurance-chômage</i>
Module de prestations 2 Réduction symétrique <ul style="list-style-type: none"> • Age de la retraite 65/65 • Relèvement du revenu-limite pour la rente maximale • Ralentissement du rythme de l'adaptation des rentes • Rente de veuve: Restriction des conditions d'octroi 	et	Module de prestations 3 Fort ralentissement de l'augmentation des coûts (15%) <ul style="list-style-type: none"> • Forte augmentation de la participation aux coûts/Promotion massive des modèles d'assurances alternatifs • Planifications restrictives dans les secteurs hospitalier et ambulatoire • Indemnisation essentiellement par le biais de forfaits par patient et/ou par diagnostic • Modification du financement des hôpitaux • Exclusion de toute prestation ne répondant pas au critère économique
OU		et
Module de prestations 3 Accent mis sur l'âge de la rente <ul style="list-style-type: none"> • Age de la rente 66/66 • Rente de veuve: Restriction des conditions d'octroi 		Module de prestations 1 Taux de chômage 2,5% Palette de prestations inchangée
OU		OU
Module de prestations 4 Accent mis sur la formule des rentes <ul style="list-style-type: none"> • Abaissement de la rente maximale • Rente de veuve: Restriction des conditions d'octroi 		Module de prestations 3 Taux de chômage 2,5% <ul style="list-style-type: none"> • Réduction de la durée maximale des prestations de 520 à 400 jours • Réduction de 520 à 200 jours de la durée maximale du droit aux indemnités pour les personnes libérées des conditions relatives à la période de cotisation • Réduction de la durée des prestations en cas d'insolvabilité
OU		
Module de prestations 5 Accent mis sur l'adaptation des rentes <ul style="list-style-type: none"> • Adaptation à l'évolution des prix • Ralentissement du rythme • Rente de veuve: Restriction des conditions d'octroi 		
-2,0 à -3,7 milliards de francs	-3,6 milliards de francs	0 à -0,2 milliards de francs

Paquet de prestations 2 dans le scénario „Réduction ciblée“ (taux de chômage 3,5%)				
AVS/AI/PP	Assurance-maladie	Assurance-chômage		
Module de prestations 2 Réduction symétrique <ul style="list-style-type: none"> • Age de la retraite 65/65 • Relèvement du revenu-limite pour la rente maximale • Ralentissement du rythme de l'adaptation des rentes • Rente de veuve: Restriction des conditions d'octroi 	et	Module de prestations 3 Fort ralentissement de l'augmentation des coûts (20%) <ul style="list-style-type: none"> • Forte augmentation de la participation aux coûts/Promotion massive des modèles d'assurances alternatifs • Planifications restrictives dans les secteurs hospitalier et ambulatoire • Indemnisation essentiellement par le biais de forfaits par patient et/ou par diagnostic • Modification du financement des hôpitaux • Exclusion de toute prestation ne répondant pas au critère économique 	et	Module de prestations 4 Taux de chômage 3,5% <ul style="list-style-type: none"> • Réduction de la durée maximale des prestations de 520 à 400 jours • Réduction de 520 à 200 jours de la durée maximale du droit aux indemnités pour les personnes libérées des conditions relatives à la période de cotisation • Réduction de la durée des prestations en cas d'insolvabilité • Système d'indemnités lors de l'application de programmes d'occupation • Réduction des taux de subvention pour les mesures relatives au marché de l'emploi • Limite de surindemnisation en cas de retraite anticipée • Suppression des indemnités en cas d'intempérie
Module de prestations 3 Accent mis sur l'âge de la rente <ul style="list-style-type: none"> • Age de la rente 66/66 • Rente de veuve: Restriction des conditions d'octroi 	OU			
Module de prestations 4 Accent mis sur la formule des rentes <ul style="list-style-type: none"> • Abaissement de la rente maximale • Rente de veuve: Restriction des conditions d'octroi 	OU			
Module de prestations 5 Accent mis sur l'adaptation des rentes <ul style="list-style-type: none"> • Adaptation à l'évolution des prix • Ralentissement du rythme • Rente de veuve: Restriction des conditions d'octroi 				
-2,0 à -3,7 milliards de francs	-4,8 milliards de francs	+1,6 milliards de francs		

Pour les mesures de réduction, le facteur temps joue un rôle très important. Certaines modifications de prestations (par ex. augmentation de l'âge de la retraite ou réduction de la rente de veuve) nécessitent de longues réglementations transitoires ou des correctifs sociaux, alors que d'autres mesures (par ex. modification du système d'adaptation des rentes) peuvent être réalisées à court terme et déployer rapidement leurs effets.

4.4 Paquets de prestations dans le scénario „Augmentation ciblée“ (besoins supplémentaires relatifs de 8,0% de TVA en l'an 2010)

Le cadre financier fixé pour le scénario de développement admet des prestations supplémentaires équivalant à 1,2% de TVA ou 2,8 milliards de francs. En supposant une palette de prestations inchangée dans l'assurance-chômage et un léger ralentissement de l'augmentation des coûts dans l'assurance-maladie, on peut envisager dans le domaine VSI un développement mesuré permettant de combler les lacunes. L'ampleur du

développement possible dépend du taux de chômage pris en compte : 2,5% dans le paquet de prestations 1 et 3,5% dans le paquet de prestations 2.

Paquet de prestations 1 dans le scénario „Augmentation ciblée“ (taux de chômage 2,5%)

AVS/AI/PP	Assurance-maladie	Assurance-chômage
Module de prestations 8 Développement symétrique <ul style="list-style-type: none"> 1^{er} pilier: retraite à la carte; introduction d'une allocation d'assistance 2^{er} pilier: fixation de la DC en fonction du taux d'occupation; augmentation des avoirs vieillesse; adaptation partielle au renchérissement; tw. Teuerungsanpassung 1^{er} ou 2^{er} pilier: développement pour les revenus modestes 	et	Module de prestations 1 Léger ralentissement de l'augmentation des coûts (5%) par: <ul style="list-style-type: none"> planification hospitalière baisse du prix des médicaments
+3,9 milliards de francs	-1,2 milliards de francs	0

Paquet de prestations 2 dans le scénario „Augmentation ciblée“ (taux de chômage 3,5%)

AVS/AI/PP	Assurance-maladie	Assurance-chômage
Module de prestations 6 Accent mis sur les revenus modestes/personnes occupées à temps partiel <ul style="list-style-type: none"> Retraite à la carte Extension pour les revenus modestes Fixation de la déduction de coordination en fonction du taux d'occupation Augmentation des avoirs vieillesse Introduction d'une allocation d'assistance 	et	Module de prestations 1 Léger ralentissement de l'augmentation des coûts (5%) par: <ul style="list-style-type: none"> planification hospitalière baisse du prix des médicaments
OU	OU	Module de prestations 2 Taux de chômage 3,5% Palette de prestations inchangée
Module de prestations 7 Accent mis sur la garantie générale du niveau des rentes <ul style="list-style-type: none"> 1^{er} pilier: adaptation des rentes à l'évolution des salaires à raison de 3/4 2^{er} pilier: augmentation des avoirs vieillesse; adaptation partielle au renchérissement. 		Module de prestations 2 Ralentissement moyen de l'augmentation des coûts (10%) par: <ul style="list-style-type: none"> 5%: planification hospitalière/baisse du prix des médicaments 5%: légère augmentation de la participation aux coûts/ promotion de nouveaux modèles d'assurance / réduction des surcapacités dans le secteur ambulatoire/ modification du financement des hôpitaux
+1,8 à +3,1 milliards de francs	-1,2 à -2,4 milliards de francs	+2,2 milliards de francs

5. **Alternatives de financement et conséquences économiques (Résumé de la 4e partie)**

5.1 **L'impôt sur l'énergie, une source de financement possible pour les assurances sociales**

Depuis la publication du rapport IDA FiSo 1, le financement des assurances sociales n'a cessé d'être le thème de débats politiques. L'accent a été mis, en particulier, sur le dégrèvement du facteur travail par rapport aux autres facteurs de production. Le groupe IDA FiSo 2 a concentré ses réflexions sur un impôt sur l'énergie. Différents projets visant à introduire un impôt sur l'énergie sont discutés dans les milieux politiques. La majorité des études connues, notamment celles réalisées sur mandat du groupe IDA FiSo 2, montrent que compte tenu des externalités, les conséquences macro-économiques de l'introduction d'un impôt sur l'énergie ne sont pas négatives. Quel que soit le scénario de prestations choisi, les assurances sociales nécessiteront, à l'avenir, des besoins financiers supplémentaires considérables. Lié à des buts écologiques, un financement partiel des assurances sociales par un impôt sur l'énergie peut s'avérer judicieux.

Pour les autres sources de financement proposées (impôt sur les gains en capital, impôt sur les successions et les donations au niveau fédéral), une affectation en faveur des assurances sociales ne paraît pas judicieuze. Quant à l'introduction d'un impôt sur la valeur ajoutée brute des entreprises, elle soulève de nombreuses questions qui n'ont pu être examinées de façon approfondie dans le laps de temps à disposition.

5.2 **Conséquences économiques des scénarios de prestations et des différents modes de financement**

Fort du mandat que lui avait donné le Conseil fédéral de faire analyser les conséquences de différents scénarios de prestations et modes de financement, le groupe IDA FiSo 2 a chargé des instituts scientifiques de réaliser deux études. Il s'agissait d'examiner les interactions entre les scénarios de prestations et de financement d'une part, et l'évolution économique d'autre part.

Pour interpréter les résultats de chacun des modèles, il faut tenir compte du fait que ces derniers n'arrivent pas reproduire totalement la réalité. Les résultats sont largement déterminés par les éléments qui entrent dans le modèle et la manière dont ils sont insérés. On ne peut exclure que les spécifications du modèle conduisent à des estimations fondamentalement et non seulement superficiellement différentes.

Les études arrivent à la conclusion que le choix d'un *des scénarios de prestations* définis par le Conseil fédéral influence la croissance économique : un développement des prestations agit de manière légèrement négative et une réduction de manière légèrement positive sur la prospérité. Il ne faut toutefois pas oublier que les conséquences examinées sont celles qui découlent d'un développement ou d'une réduction des prestations actuelles. Il n'a pas été tenu compte du fait que le maintien des prestations actuelles entraîne déjà des coûts supplémentaires de l'ordre de 6,8 % de TVA. En outre, l'analyse se limite à l'horizon 2010. Or, le vieillissement démographique va encore nettement s'augmenter durant les années suivantes.

En ce qui concerne *les différents modes de financement*, le groupe IDA FiSo 2 s'est basé sur les travaux préliminaires du groupe IDA FiSo 1 et a fait analyser les conséquences économiques de quatre alternatives:

- Dans l'alternative „*taxe sur la valeur ajoutée*“ et „*pourcentages sur les salaires*“, les besoins supplémentaires relatifs sont à chaque fois financés par l'une de ces deux sources.
- Dans l'alternative „*impôt sur l'énergie*“, le prix de l'énergie est progressivement relevé de 35% jusqu'en 2009, puis de 75% pour couvrir les besoins supplémentaires relatifs. Les autres besoins supplémentaires sont couverts par la TVA.
- Dans l'alternative „*transfert*“, la part de financement des pouvoirs publics n'est pas modifiée. La part de la hausse qui est supérieure à la croissance économique est compensée par une réduction d'autres tâches publiques. Dans l'assurance-maladie, la part de l'évolution des coûts qui est supérieure à la croissance économique est financée par une augmentation réelle des primes d'assurance-maladie. Le défaut de financement qui subsiste dans l'AVS, l'AI et les APG est couvert par une augmentation de la taxe sur la valeur ajoutée.

En ce qui concerne les alternatives de financement, les études ont abouti à des estimations différentes suivant la pondération apportée aux processus d'adaptation, la date de référence choisie et les mécanismes de répercussion retenus.

Selon les résultats des études, le financement des besoins supplémentaires par des prélèvements sur les salaires et le financement par des pourcents de TVA présentent chacun des avantages et des inconvénients spécifiques qui, suivant la structure du modèle, sont pris en compte ou pondérés différemment. Même un financement des besoins supplémentaires par le seul biais de prélèvements sur les salaires n'a pas nécessairement des conséquences néfastes sur le plan économique, comme on l'affirme souvent dans les débats publics. Ces résultats viennent donc étayer les conclusions du groupe IDA FiSo 1, qui préconisaient, pour l'avenir aussi, un *financement mixte*.

Les conséquences économiques ne permettent pas à elles seules de justifier clairement le choix d'un *impôt sur l'énergie* comme *financement d'appoint*. Le recours à cette source de financement s'avère en revanche judicieux si l'on poursuit également des objectifs écologiques.

En considérant les résultats des études, on constate que les conséquences d'un éventuel *transfert* - en vue de compenser les besoins de financement croissants par les pouvoirs publics - sont sujettes à controverses. Ces conséquences peuvent avoir des effets tant positifs que négatifs selon les hypothèses retenues.

5.3 Conséquences des paquets de prestations sur les budgets publics

Le groupe IDA FiSo 1 a admis que le besoin financier supplémentaire, estimé dans le scénario de référence à 15,3 milliards de francs pour l'an 2010 en cas de maintien de la structure de financement actuelle, serait pour un tiers à la charge des pouvoirs publics

(charge supplémentaire de 3,6 milliards de francs pour la Confédération et de 1,8 milliard pour les cantons). Alors que dans le scénario de prestations „statu quo“, les paquets de prestations n'ont qu'un effet insignifiant sur ces hypothèses, dans le scénario „réduction ciblée“ la charge supplémentaire des pouvoirs publics résultant des paquets de prestations se réduit au total de près de 1,1 milliard de francs (Confédération 800 millions de francs, cantons 200 millions de francs). Dans le scénario „augmentation ciblée“, les conséquences des paquets de prestations sur les budgets publics sont minimes (pour la Confédération, augmentation de 300 millions de francs au maximum de la charge supplémentaire ; aucune augmentation de la charge supplémentaire pour les cantons), car le développement est centré en priorité sur la prévoyance professionnelle financée sans contributions des pouvoirs publics.

Annexe : **Réflexions de la Commission consultative „Sécurité sociale et nouveaux risque sociaux“**

Sécurité sociale et nouveaux risques sociaux

**Réflexions de la Commission consultative
à l'attention du groupe IDA FiSo 2**

Table des matières

Introduction	1
1. Changements économiques et sociaux	2
11. Changement des modes de vie.....	2
12. Evolution des structures économiques.....	3
13. Pauvreté, exclusion.....	3
2. Conséquences pour la protection sociale	4
21. De nouveaux besoins sociaux apparaissent, pour lesquels le système de sécurité sociale n'a pas été conçu.....	4
22. Une diminution de l'offre d'emplois appelle de nouvelles solutions.....	6
23. L'intégration économique et sociale est fragilisée	6
3. Conséquences pour les institutions sociales	7
31. Certaines oeuvres sociales sont particulièrement sollicitées.....	8
32. Les différentes branches d'assurance et les collectivités publiques ne fonctionnent pas en vase clos	10
4. Conclusions	14
5. Perspectives de développement de la protection sociale	14
51. Objectifs de la protection sociale	14
52. Pistes de réflexion pour un réaménagement de la protection sociale	15

Introduction

L'évolution de la société et de l'économie appelle une réflexion sur la conception actuelle de la protection sociale. Les interactions complexes entre les divers éléments du système rendent impératif d'envisager tout changement dans une perspective globale.

cement et d'examiner d'éventuelles modifications. Une Commission consultative a accompagné les travaux et soumis des propositions.

Dans le cadre imparti, il n'a pas été possible d'analyser de façon approfondie les répercussions des mesures discutées dans le contexte d'une branche d'assurance sur les autres domaines de la protection sociale, ni leurs conséquences sur la répartition des charges entre les différents agents. En outre, conformément au mandat, la réflexion d'IDA FiSo 2 repose sur le système en vigueur et n'en remet pas les fondements en question.

Estimant que les travaux d'IDA FiSo 2 ne manqueront pas de renvoyer à des questions de politique sociale qui dépassent certes les limites du mandat mais méritent au moins d'être soulevées en marge du rapport, une sous-commission de la Commission consultative s'est réunie pour esquisser des pistes de réflexion. Sa démarche n'a pas été d'étudier les perspectives de financement, mais de partir de l'identification des besoins d'une société en évolution pour s'interroger sur la réponse que la collectivité apporte ou qu'il lui incomberait d'apporter, en fonction d'objectifs définis et en considérant le système de protection sociale dans son ensemble.

Identifier les besoins ne signifie pas qu'il y ait unanimité sur l'appréciation des causes ou sur les conclusions à en tirer. La sous-commission qui a élaboré la présente base de discussion a voulu mettre en évidence que ces besoins se manifestent à une large échelle et résultent moins de circonstances individuelles accidentelles que d'un changement profond et durable des modes de vie, notamment des parcours familiaux et professionnels. Ils représentent par là de "nouveaux risques sociaux", auxquels les systèmes d'assurance sociale et d'assistance n'apportent pas toujours une réponse adéquate. A l'analyse des évolutions récentes, la sous-commission a tenu à ajouter des préoccupations à long terme qui incluent aussi un questionnement sur l'avenir du travail.

La majorité des membres de la Commission consultative se rallie aux réflexions présentées ci-après; elle est consciente que si ces dernières sont développées ultérieurement, elles devront de cas en cas être nuancées ou étayées par du matériel quantitatif.

Toutefois, des *avis divergents* se sont aussi exprimés quant à l'opportunité pour la Commission consultative de présenter un rapport annexe, considéré comme un dépassement du cadre du mandat. Les tenants de cette position n'ont pas souhaité être associés à la sous-commission. Sur le fond, leurs opinions reposent sur une analyse différente de la situation et des priorités, résumée ici dans ses grandes lignes:

L'évolution de la société et des structures économiques entraîne certes des difficultés pour des groupes de la population, mais il n'appartient pas en premier lieu à la collectivité (protection sociale) d'y répondre. Qui plus est, de nouvelles mesures de politique sociale, par leur coût et par les incitations négatives qu'elles créeraient, provoqueraient des distorsions et entraîneraient l'emploi et la croissance économique; or ceux-ci doivent rester à l'avenir les

Le groupe de travail interdépartemental IDA FiSo 2 a reçu du Conseil fédéral mandat d'étudier les prestations des assurances sociales ainsi que leur financement

principales garanties du bien-être ainsi que du fonctionnement des assurances sociales. La priorité est donc à l'amélioration des conditions-cadre de l'économie. Dans cet ordre d'idées, l'action sociale des pouvoirs publics doit accompagner les ajustements qui s'imposent en se concentrant sur les besoins des personnes et des familles les plus nécessiteuses; l'intervention de la Confédération doit se limiter au domaine des assurances sociales.

Les remarques de la minorité de la Commission sont présentées en fin de chapitres 1 et 3 dans le texte qui suit; elles se comprennent également comme réserves quant aux conclusions et perspectives tirées de ce rapport (chiffres 4 et 5).

Consciente de la pluralité des opinions et rappelant son intention de poser ici les premiers éléments d'une discussion qu'elle estime indispensable, la Commission consultative a invité le groupe de travail IDA FiSo 2 à faire figurer cette contribution sur *les nouveaux risques sociaux* en complément de son rapport.

1. Changements économiques et sociaux

Les changements des modes de vie et l'évolution économique ont fait apparaître de nouveaux risques qui peuvent entraîner la précarité, voire la pauvreté.

sociale a donné lieu, à la fin des années quatre-vingt, au lancement du PNR 29 "Changements des modes de vie et avenir de la sécurité sociale". La récession des dernières années appelle à prolonger la réflexion sur les conséquences des changements qui affectent l'économie et le monde du travail.

La prise de conscience de l'évolution profonde de la société et de ses implications pour la protection

11. Changement des modes de vie

La société suisse est une **société vieillissante**. A l'effet de la baisse de la natalité s'ajoute celui de la progression de l'espérance de vie, notamment aux âges élevés. 15% de la population a plus de 65 ans (1996). Le rapport de dépendance est de près d'une personne en âge AVS (62/65 ans) pour quatre en âge d'activité professionnelle (18-62/65 ans), et cette proportion s'alourdira encore dans les prochaines décennies. L'espérance de vie à l'âge de 65 ans est encore de 20 ans pour les femmes et de 16 ans pour les hommes. La probabilité de vivre en bonne santé augmente aussi; néanmoins, il est également vraisemblable qu'une partie des années supplémentaires de vie soit vécue en mauvaise santé, voire en état d'incapacité. **La dépendance de soins de longue durée devient un risque reconnu de l'existence**, dont la prise en charge, notamment financière, dépasse rapidement les capacités des individus et des familles.

La famille ne correspond plus au modèle du couple stable avec enfants. Le mariage n'en est plus forcément le fondement. Près de deux unions sur cinq se terminent par un divorce. Les réseaux de relations familiales existent encore, sous des formes plus mobiles, parfois plus fragiles: familles monoparentales, familles recomposées. Le nombre d'enfants par ménage a baissé, mais leur "coût" est plus élevé. Un revenu unique ne suffit fréquemment plus aux besoins du ménage. La femme/la mère travaille de plus en plus souvent hors du foyer, à temps partiel ou à plein temps.

Par ailleurs, un tiers des **personnes** vivent **seules** – des femmes pour la plupart, parfois en alternance avec des périodes de vie en couple. Au sein de la population âgée, les ménages "unipersonnels" sont très nombreux.

Dans un environnement moins homogène, pluriculturel, les modes de vie et les comportements sont plus individuels; la mobilité, voulue ou contrainte, s'est accrue dans les différents domaines de la vie. Ces évolutions sont observables partout, quoique plus marquées dans les villes et les cantons urbains.

12. Evolution des structures économiques

La Suisse vit depuis 1991 une période de récession et de détérioration des finances publiques. Les perspectives relatives à la croissance ne permettent pas de compter à court terme sur des créations d'emplois en nombre suffisant pour résorber de manière sensible le chômage. Le socle de chômage structurel a eu tendance à augmenter et l'on peut craindre qu'il se maintienne à un niveau relativement élevé.

Les entreprises doivent s'adapter à de nouvelles conditions de fonctionnement de l'économie (libéralisation des marchés, nouvelles technologies, concurrence internationale accrue) et cherchent à opérer dans des conditions plus flexibles. Les intérêts financiers dominent; les répercussions sur l'emploi sont alors reléguées au second plan, leur prise en charge déléguée à la collectivité. Les restructurations, fusions, faillites conduisent à des réductions massives de places de travail; les postes les moins qualifiés sont les premiers exposés à la suppression ou à la délocalisation. Le travail, à fort contenu technologique, prend un caractère plus "tertiaire"; il exige de la mobilité, des compétences d'adaptation, de communication.

Entre chômage et activité rémunérée stable se développent des formes "flexibles" de travail: contrats de durée déterminée, sous-traitance, travail sur appel... Le travail à temps partiel est déjà relativement répandu en Suisse (27%), en particulier chez les femmes. Mais au bas de l'échelle des salaires, même dans les postes à plein temps, et pour certains indépendants, la rémunération du travail ne suffit pas toujours à assurer une indépendance financière: c'est le phénomène des "**working poor**", ou travailleurs (ménages) dont le revenu est inférieur au seuil de l'aide sociale¹.

13. Pauvreté, exclusion

Selon les études sur la pauvreté en Suisse, et selon les définitions retenues, 6 à 15% de la population peut être qualifiée de pauvre en raison de la faiblesse de ses revenus. Mais la pauvreté ne se réduit pas à un problème de manque de ressources matérielles; elle est souvent le résultat d'un **processus de précarisation**, d'un cumul de désavantages sociaux et culturels.

De nombreuses personnes âgées, veuves ou invalides vivent modestement; cependant le système de rentes (avec les prestations complémentaires) leur garantit un minimum vital; le problème est ici plutôt celui de la pauvreté "cachée", c'est-à-dire le non-recours à des prestations dues. La situation des rentiers est ainsi généralement moins précaire que celle de certains actifs. Parmi ceux-ci, les plus exposés sont les **chômeurs de longue durée** ou en **fin de droit**, mais aussi, fréquemment, les **travailleurs faiblement rémunérés**, les **personnes peu qualifiées ou moins productives** (en raison de handicaps, manque de compétences personnelles ou professionnelles, problèmes psychiques...) menacées d'exclusion du marché du travail. Les **familles monoparentales** (et les débiteurs de pensions alimentaires) courent un risque élevé, ainsi que les **familles nombreuses**. Les personnes vivant seules figurent cependant aussi parmi les plus concernées par la pauvreté.

¹ L'enquête suisse sur la population active (ESPA) estime la proportion de travailleurs pauvres parmi les travailleurs employés à plein temps à entre 2,3% et 11,4%. Dans le calcul, elle prend en considération la personne active ayant le plus haut revenu dans le ménage, pour les ménages dont les revenus du travail constituent la principale ressource; les deux seuils de référence ne correspondent pas ici à ceux de l'aide sociale, mais à la moitié du revenu médian et à la moitié du revenu moyen.

Lorsque ces situations se prolongent, le **risque d'exclusion sociale**, dont l'exclusion du marché du travail est souvent la première étape, augmente: perte de revenu – perte de logement – santé physique et psychique fragilisée – perte de compétences et de confiance – perte de relations et de repères sociaux – difficulté accrue de se réinsérer professionnellement et socialement, éventuellement délinquance, toxicomanie. Le retour à l'autonomie, à la participation à la vie sociale et économique que suppose la logique de la protection sociale est compromis lorsque les conditions primaires d'intégration – la famille et le travail – font défaut.

Avis divergents

Les avis divergent quant à l'appréciation de la fonction d'intégration que pourront exercer la famille et le travail à l'avenir et quant aux perspectives d'emploi créées par une reprise économique. Une partie de la commission juge trop pessimiste l'aperçu de la situation qui précède; elle relève notamment les résultats obtenus par les pays qui connaissent une forte croissance. Par ailleurs, la pauvreté est perçue comme un problème relatif, qui peut aussi être abordé sous l'angle de la chèreté de la vie en Suisse et des exigences sociales élevées; aux causes d'appauvrissement mentionnées, il est ajouté que le développement de l'Etat social, au delà d'un certain seuil, devient lui-même une source de précarité pour la classe moyenne qui en supporte la charge croissante.

2. Conséquences pour la protection sociale

Le système de sécurité sociale est fondé sur un modèle de famille et de carrière professionnelle qui a de moins en moins valeur de norme.

L'évolution de la famille et du travail a été en partie voulue; elle a des aspects positifs indéniables. Il

faut toutefois reconnaître et prendre en compte qu'elle a aussi des répercussions négatives sur la couverture sociale. Au regard des changements décrits dans la première partie (ch. 1), les assurances sociales présentent deux types de lacunes. D'une part, elles sont principalement destinées à couvrir la perte de revenu ou à compenser des charges suite à des éventualités bien définies, mais sont peu aptes à couvrir des risques structurels; d'autre part, elles restent largement liées au modèle, de moins en moins valide, du travail salarié à plein temps et exercé sans interruption du chef de famille.

L'aide sociale est en outre de plus en plus sollicitée pour prendre en charge des situations qui, résultant d'une certaine désintégration sociale, échappent à la couverture des assurances sociales et au soutien de la sphère privée.

21. De nouveaux besoins sociaux apparaissent, pour lesquels le système de sécurité sociale n'a pas été conçu

Le modèle familial traditionnel...

La moindre stabilité du couple et de la famille (divorcialité, monoparentalité) s'accompagne d'une plus grande exposition à la précarité matérielle, en raison notamment

- du fait que ce sont le plus souvent les femmes qui se trouvent dans la situation de parent isolé et que
- des inégalités subsistent entre femmes et hommes dans les assurances, principalement du fait que le **travail ménager** n'est pas valorisé et qu'il incombe toujours de façon prépondérante aux femmes; certaines améliorations ont toutefois été apportées dans la prévoyance

vieillesse (bonus pour tâches éducatives et d'assistance dans l'AVS; amélioration de la situation des femmes divorcées dans l'AVS et la LPP);

- des inégalités subsistent sur le marché du travail, en matière salariale; les femmes sont en outre plus souvent employées à temps partiel ou dans des emplois précaires, offrant une faible protection.

D'autre part, certains aspects de la politique familiale touchant l'ensemble des familles ont des conséquences encore plus marquées pour les familles fragilisées:

- les *allocations familiales* ne sont pas harmonisées au niveau national (sauf agriculture); elles dépendent du statut au regard de l'emploi et du taux d'occupation et pénalisent de fait la mobilité, l'activité non salariée et le travail à temps partiel. L'initiative Fankhauser (91.411) demandant l'adoption d'une loi fédérale sur les allocations familiales (1 enfant – 1 allocation) est pendante devant le Parlement.
- la protection de la *maternité* ressortit principalement au droit du travail; la poursuite du versement du salaire à l'employée empêchée de travailler pour cause de grossesse ou de maternité dépend de la durée des rapports de travail antérieurs. Des allocations de naissance et des prestations de besoin sont versées dans certains cantons. Les travaux en cours pour la création d'une assurance-maternité devraient permettre d'assurer une meilleure protection (perte de gain pour les femmes exerçant une activité lucrative, prestation de base pour toutes les mères).

... et l'emploi comme principaux fondements

Les principales lacunes du modèle d'assurance sociale fondé sur le travail se manifestent dans des situations mal

protégées qui découlent notamment de la flexibilisation de l'économie.

- *Personnes sans activité lucrative*: l'évolution structurelle de l'économie "libère" de plus en plus de main-d'œuvre; il faut donc compter avec un nombre croissant de chômeurs en fin de droit, de personnes découragées par la recherche d'emploi, d'exclus du marché du travail qui perdent au regard de certaines assurances leur qualité d'assurés (LPP) et risquent de dépendre de l'aide sociale; leur précarité matérielle à l'âge actif risque donc de se prolonger durant la vieillesse.
- *Personnes exerçant une activité indépendante*: on pense ici en particulier au cas des "nouveaux indépendants", qui sont incités, parfois avec l'aide de fonds publics (LACI, aide sociale) à créer leur propre entreprise, et à ceux dont le statut est ambigu ("abhängige Selbständige"). La moindre protection de ces indépendants est problématique (en particulier LPP et LAA) si l'on considère que leur situation matérielle est souvent plus précaire que celle des salariés.
- *Travailleurs faiblement rémunérés*: en cas de travail à temps partiel – et même pour certaines occupations à temps complet, il existe un risque général que le revenu du travail ne suffise pas à assurer l'indépendance financière et, en cas de survenance d'un événement assuré, un risque accru que les prestations soient également insuffisantes. Pour les salaires inférieurs au salaire minimum assuré, le 2e pilier n'intervient pas. L'aide sociale est de plus en plus fréquemment sollicitée en complément du revenu ou des prestations d'assurance.
- *Personnes dont l'activité ne suit pas un parcours traditionnel* ("formes de travail atypiques"): le versement des prestations dépend en général d'un âge minimum et leur montant de la durée d'affiliation et du salaire déterminant (AVS). Les interruptions de carrière, pour l'éducation des enfants par exemple, mais aussi pour la formation, sont pénalisées (correctif par le bonus éducatif dans l'AVS). Le retour sur le marché est plus difficile, et il n'est pas toujours couvert par l'assurance-chômage. Les relations de travail à durée déterminée, le cumul d'activités à temps partiel, des revenus fluctuants ou imprévisibles entraînent souvent des incertitudes et des complications dans la pratique, même si des solutions juridiques existent (LPP) pour limiter les conséquences de ces formes d'emploi "flexibles". En cas de travail à temps très réduit, les conditions d'affiliation risquent de ne

pas être remplies (LAA, LPP). Les prestations qui dépendent du salaire (rentes, indemnités journalières) seront d'autant réduites. Dans la prévoyance vieillesse, ces arguments plaident plutôt pour un renforcement du 1er pilier, universel, par rapport au deuxième.

L'évolution des modes de vie et des formes de travail a certaines conséquences négatives sur la couverture offerte par les assurances sociales. La sécurité des moyens d'existence n'est pas assurée dans nombre de situations; le relais de prestations sous condition de ressources versées par le canton ou la commune est alors nécessaire: prestations complémentaires dans la prévoyance vieillesse et invalidité, aide sociale.

Dans l'assurance sociale et sans mesures complémentaires, un renforcement du principe d'assurance ne pourrait qu'accentuer les lacunes relevées ci-dessus. Un système analogue à celui des prestations complémentaires reste à étudier hors du domaine AVS-AI, pour d'autres cas dans lesquels les prestations dépendant du revenu ne sont pas suffisantes.

22. Une diminution de l'offre d'emploi appelle de nouvelles solutions

Le partage du travail est souvent donné comme solution au chômage; ses effets sont cependant incertains. L'incidence de la réduction du temps de travail sur la création d'emplois est difficilement quantifiable. Les expériences de réduction du temps de travail (avec réduction de salaire) réalisées jusqu'ici ont visé à éviter des licenciements plutôt qu'à créer des postes supplémentaires.

Dans la mesure où la répartition passe par une *réduction hebdomadaire* du temps de travail, les aspects mentionnés ci-dessus (chiffre 21) concernant le temps partiel sont valables.

Dans la mesure où le partage du travail peut être obtenu par un *réaménagement des périodes d'activité au cours de la vie*, des solutions minimisant les effets d'interruptions de carrière sur les assurances sociales doivent être trouvées:

Dans cette perspective, la flexibilisation de la retraite ainsi que les possibilités de formation tout au long de la vie et les activités intermédiaires (à but social, culturel, écologique...) doivent être mieux prises en compte.

23. L'intégration économique et sociale est fragilisée

La précarité matérielle contient la menace d'une exclusion sociale. Les assurances et l'aide sociales sont en principe conçues pour une prise en charge de périodes déterminées de la vie et de situations transitoires. Dans l'intérêt des bénéficiaires comme dans celui des finances publiques et de l'ensemble de la société, il faut privilégier les solutions qui visent un objectif de réinsertion professionnelle ou sociale. Dans ce sens, les cantons – en partie en exécution de la LACI – ont développé des occupations compensatoires en marge du marché ordinaire de l'emploi, avec un financement public. L'aide sociale évolue vers une forme de revenu minimum lié à une contre-prestation d'intégration (GE, NE, TI, VD, VS). Selon les cantons, les mesures mises en place s'adressent à l'ensemble des bénéficiaires de l'aide sociale ou seulement aux chômeurs en fin de droit. Elles se basent sur un droit objectif de la personne ou sur un contrat librement consenti de part et d'autre. Point commun de toutes ces expériences: l'aide sociale se fonde sur le droit constitutionnel non écrit de toute personne à disposer du minimum vital et sur la reconnaissance que l'assistance matérielle n'est qu'un élément de l'aide sociale. Cette dernière doit favoriser la participation à la vie économique, sociale et culturelle. Dans cette perspective, la dimension "travail" est essentielle.

Il existe une demande pour des activités d'utilité publique, à caractère social ou écologique, qui n'est pas toujours solvable; d'autre part, il existe une réserve de main-d'oeuvre (momentanément) exclue de la production des biens et services sur le marché compétitif. En coordonnant les mesures d'origines diverses (LACI, aide sociale, ONG...) et en intéressant les milieux de l'économie, il y aurait lieu d'organiser une forme de "marché provisoire" du travail dans un but d'**intégration professionnelle**, selon le principe de "**procurer du travail plutôt que de l'assistance**".

La mise en oeuvre de ce marché financé ou cofinancé par des fonds publics mérite d'être étudiée; elle est toutefois délicate et comporte un certain nombre de risques. En premier lieu, la concurrence avec les emplois ordinaires, de même qu'avec l'engagement bénévole, doit être évitée. Les activités proposées dans le cadre de programmes d'intégration ont un caractère contractuel; elles sont conçues comme contrepartie d'une prestation de l'aide sociale ou rétribuées par un salaire social (recommandations de la CSIAS). Elles se trouvent pour l'instant à un stade expérimental, et la distinction entre les contre-prestations qui visent à l'amélioration de l'insertion sociale et celles qui créent une véritable relation de travail reste encore à préciser. Il faut en effet éviter que se développe "un sous-secteur sous-rémunéré" de l'emploi public.

Autre limite des programmes d'intégration: dans de nombreux cas, l'insertion professionnelle ou le retour sur le marché du travail ne seront vraisemblablement pas possibles, en raison de capacités diminuées ou de qualifications très réduites. L'objectif est alors de favoriser une intégration sociale grâce à l'exercice d'activités accompagnées de mesures de formation et d'un suivi social.

Enfin, malgré un certain succès du concept et des résultats positifs enregistrés sur le terrain, l'effort d'intégration (professionnelle) n'a de sens que si, à terme, l'économie est apte et disposée à fournir suffisamment d'emplois appropriés, également pour les personnes peu qualifiées ou moins productives.

De façon générale, la participation volontaire au marché du travail ou à une occupation provisoire des personnes sans emploi doit être encouragée par des mesures d'incitation telles que le versement d'un supplément à la prestation de base lors d'un engagement dans un programme d'intégration. Les activités proposées doivent autant que possible correspondre aux capacités et aspirations des participants.

L'objectif d'intégration ne doit pas être restreint à la perspective d'insertion professionnelle. L'intégration passe par la capacité financière, relationnelle et culturelle à participer à la vie sociale.

3. Conséquences pour les institutions sociales

Les changements économiques et sociaux ont des conséquences pour la protection sociale des individus (chiffres 21-23) qui se répercutent particulièrement sur les branches chômage et invalidité et sur l'aide sociale; ils posent indirectement la question de la répartition des tâches et des charges à l'intérieur du système de sécurité sociale et entre les entités qui participent à son financement (chiffres 31-32).

31. Certaines œuvres sociales sont particulièrement sollicitées

Le chômage et l'exclusion d'un nombre important d'actifs du marché du travail pèsent doublement sur les systèmes de protection sociale: en diminuant les recettes et en faisant croître les dépenses. L'assurance-chômage, l'AI et l'aide sociale sont les régimes les plus concernés; il faut aussi compter sur des charges supplémentaires dans la santé publique.

Assurance-chômage

Face à l'explosion des dépenses (de 502 mio. en 1990 à 5,2 mia. en 1995) et à l'endettement rapide du fonds de compensation de l'assurance-chômage, des mesures de rééquilibrage ont été adoptées, du côté des recettes (relèvement du taux de cotisation, participation des pouvoirs publics) et du côté des prestations (par exemple introduction de conditions plus restrictives, délais d'attente, notion plus étendue de l'emploi convenable).

Dans une perspective de plus long terme, la révision de 1995 de la LACI a mis l'accent sur la réinsertion des chômeurs, en liant le bénéfice d'indemnités journalières spécifiques à la participation à une **mesure active du marché du travail**. La mise en place de ces mesures subventionnées par la Confédération incombe aux cantons, qui sont financièrement incités à y pourvoir. Mais contrairement aux mesures d'aide aux chômeurs mises en œuvre antérieurement par certains cantons, les mesures LACI ne donnent pas droit à de nouvelles indemnités à l'expiration de la période de deux ans. Arrivés en fin de droit, ceux qui n'auront pas retrouvé d'emploi seront à la charge de l'aide sociale.

La résorption du chômage passe par la création d'emplois et par une politique de formation. La reprise économique ne suffira cependant vraisemblablement pas, ces prochaines années, à résoudre le problème du chômage. La recherche de solutions peut emprunter différentes voies dont les conséquences à court et à long terme doivent être soigneusement examinées, notamment les effets d'une réduction des prestations de l'assurance-chômage sur d'autres secteurs de la protection sociale (AI, aide sociale) ou le danger d'une multiplication des emplois précaires ou peu qualifiés, avec les risques qui s'ensuivent pour les conditions de vie et la qualité de la main-d'œuvre.

Il serait illusoire de croire que toutes les personnes involontairement privées d'emploi pourront retrouver, dans le délai-cadre, une place sur le marché ordinaire du travail. C'est pourquoi les mesures actives financées par l'assurance-chômage, destinées aux personnes ayant de raisonnables chances de retrouver un emploi, doivent être coordonnées avec les autres mesures proposées par les cantons dans le cadre de l'aide sociale, de la réadaptation ou d'autres programmes d'intégration.

Assurance-invalidité

Depuis le début de la récession, le nombre d'invalides a fortement augmenté par rapport à la population active. Cette augmentation explique en partie l'évolution des dépenses, qui ont progressé de 11% par an en moyenne sur la période 1990-1995, pour atteindre 6,8 mia. de francs; les plus fortes hausses sont accusées par les indemnités journalières et par les contributions aux frais d'exploitation des institutions. Sur la même période, les recettes ont augmenté de 8% par an seulement.

Le nombre d'invalides, en particulier celui des bénéficiaires de rentes pour cause de troubles psychogènes, psychosomatiques, névroses, ainsi que le volume des rentes versées croissent en parallèle avec la dégradation de l'économie, notamment parce que:

- le chômage prolongé a certainement des effets sur la santé;

- certains travailleurs n'arrivent plus à faire face aux exigences accrues d'efficacité, d'adaptation, de compétition etc. (les travailleurs âgés, par exemple);
- maints emplois moins productifs, réservés à des personnes présentant des handicaps physiques, psychiques ou sociaux, sont supprimés.

De plus, les possibilités de réinsertion dans des places de travail adaptées ou protégées diminuent dans le même temps.

En dépit des révisions récentes et en cours, l'AI ne peut agir sur les principaux facteurs d'augmentation des coûts, qui lui sont exogènes. Cette assurance n'a pas été conçue pour pallier la perte de capacité d'intégration du monde du travail.

Il s'agit de mieux connaître les trajectoires de vie des bénéficiaires de l'AI, de l'autonomie à la prise en charge par l'assurance-chômage, l'assurance-maladie ou l'aide sociale puis par l'AI, afin que l'on puisse, dans la mesure du possible, également agir en amont. La réflexion sur l'assurance-invalidité doit dépasser le cadre technique pour se fondre dans une réflexion globale sur les phénomènes d'exclusion et les moyens d'intégrer les segments les plus fragiles de la population.

Aide sociale

L'aide sociale a été fortement sollicitée ces dernières années; les dépenses des pouvoirs publics à ce titre ont crû de 20% par année, en moyenne, entre 1990 et 1993; à titre d'exemple, le nombre des bénéficiaires de l'aide sociale bernoise a pratiquement été multiplié par deux de 1990 à 1996; la ville de Zurich a vu doubler ses prestations sociales dans le même temps. En tant que "dernier filet" de la sécurité sociale, qui doit concrétiser le droit constitutionnel (non écrit) au minimum vital, l'aide sociale communale ou cantonale doit faire face à un nombre de cas croissant, alors que diminuent les rentrées fiscales des collectivités publiques. Conçue à l'origine comme assistance ou source de soutien subsidiaire à la famille, au travail, puis aux assurances sociales, elle s'inscrit en fait comme complément indispensable pour des groupes toujours moins marginaux, dans les situations les plus diverses.

Du point de vue des objectifs, l'évolution récente de l'aide sociale met l'accent sur les mesures d'intégration envisagées comme contreparties de l'aide reçue et liées à un élément d'incitation financière.

D'un point de vue organisationnel et normatif, des améliorations sont envisageables pour rendre compte de l'importance prise par l'aide sociale:

- Le **droit au minimum vital** devrait être inscrit **dans la Constitution fédérale**.
- L'aide sociale, qui est une aide individuelle de proximité, est du ressort des cantons et des communes. Un certain nombre de règles (conditions d'octroi, modalités de financement, protection juridique...), actuellement contenues dans les normes non obligatoires de la Conférence suisse des institutions d'action sociale (CSIAS), devraient être fixées dans une **loi-cadre fédérale**.
- Matériellement, le "coût de la vie" a tendance à s'égaliser (pour les biens de première nécessité), et les différences entre les normes cantonales perdent de leur pertinence. Une **harmonisation des montants** de base assurerait plus d'égalité et atténuerait l'effet d'attraction des centres urbains.
- Les cantons et les communes supportent des charges inégales au titre de l'aide sociale. Les centres urbains, qui regroupent les infrastructures régionales et comptent de plus fortes concentrations de personnes âgées, chômeurs, personnes isolées, font face à des dépenses disproportionnées. Un système de **compensation** corrigera le report de charges d'une collectivité publique sur l'autre.

Ces propositions ont fait l'objet d'une consultation suite à l'initiative de commission "Droit au minimum vital" (CSSS)(Goll 92.426). La discussion se poursuit dans le cadre de la révision totale de la Constitution fédérale.

L'aide sociale n'est pas un élément résiduel pour des cas marginaux d'indigence, mais un pilier de la protection sociale. La situation des bénéficiaires comme celle des services sociaux et des collectivités publiques pourrait être améliorée par l'inscription d'un droit constitutionnel à l'aide sociale, l'adoption d'une loi-cadre fédérale, l'harmonisation des normes matérielles et un système de compensation des charges.

Dans l'immédiat, les normes de la CSIAS devraient être validées par l'autorité politique (Conférence des directeurs cantonaux des affaires sociales, CDAS) et en dernière instance par les cantons.

32. Les différentes branches d'assurance et les collectivités publiques ne fonctionnent pas en vase clos

Rapports entre différents domaines de la protection sociale

Assurances vieillesse et invalidité et prestations complémentaires:

L'article 34quater Cst. féd. assigne au système de prévoyance vieillesse, survivants, invalidité (VSI) un objectif de couverture du minimum vital. Or, selon le Rapport du DFI sur les trois piliers², cet objectif ne peut être atteint dans tous les cas par les seules rentes du 1er pilier. Les prestations complémentaires, introduites dans les dispositions transitoires, ont pris une importance qui les rend également indispensables à l'avenir. Leur contribution au financement de la prise en charge en établissements médico-sociaux (homes) en a fait une sorte d'"assurance" de soins de longue durée en cas de dépendance; c'est là un important facteur de coûts.

Le Rapport sur les trois piliers ne remet pas en question l'importance relative de chacun des piliers, mais ses conclusions se fondent sur une réinterprétation du mandat constitutionnel qui n'est pas unanimement partagée. Les tenants de l'interprétation littérale, qui assigne au seul premier pilier la couverture du minimum vital, argumentent que les rentes AVS pour les revenus faibles et moyens doivent être relevées à cette fin; dans cet ordre d'idées, tant que les prestations complémentaires seront nécessaires à remplir ce devoir constitutionnel, une participation plus conséquente de la Confédération à leur financement se justifie.

Depuis leur introduction, les prestations complémentaires ont subi les conséquences de désengagements de la Confédération et des assurances fédérales:

- réduction des subventions fédérales au régime: les cantons assument aujourd'hui entre 65 et 90% des dépenses en PC selon leur capacité financière, contre 30 à 70% initialement (en revanche leur participation à l'AVS a diminué de 5 à 3%);
- modifications intervenues dans l'AVS et l'AI: transfert des rentes extraordinaires AVS/AI soumises aux limites de revenu vers les PC, par exemple; les mesures d'économie prévues dans la 4e révision AI impliqueront aussi de tels transferts.

Il existe donc un besoin de réorganisation du régime des prestations complémentaires:

- La clé de répartition des subventions fédérales selon la capacité financière n'est pas satisfaisante: elle ne tient pas compte des dépenses effectives au titre des PC; les cantons à caractère urbain comptent un nombre supérieur à la moyenne de rentières et rentiers

² Département fédéral de l'intérieur, Rapport concernant la structure actuelle et le développement futur de la conception helvétique des trois piliers de la prévoyance vieillesse, survivants et invalidité. Berne: OFAS, 1995.

ayant droit aux PC; la contribution fédérale y est par contre plus faible que pour les cantons ruraux. Il y a lieu de construire un indice de répartition plus équitable.

- La répartition des responsabilités et du financement entre cantons et Confédération doit être revue dans le cadre de la nouvelle péréquation financière. L'appartenance des PC au système VSI et la nécessité de garantir dans ce domaine une protection relativement uniforme justifie une compétence conjointe et une participation financière de la Confédération. Un renforcement de cette contribution nécessiterait l'examen de nouvelles sources de financement.

Par ailleurs, le principe des PC, prestations "hybrides" entre l'assurance sociale (droit subjectif prévu dans une loi fédérale) et l'aide sociale (condition de ressources) complétant une prestation de base pourrait être étendu hors du domaine de la prévoyance VSI.

Assurance chômage et aide sociale: La situation économique actuelle, dont le chômage structurel est la manifestation, a des incidences sur l'assurance invalidité et l'aide sociale. Outre les effets déjà mentionnés sous chiffre 31,

- l'assurance-chômage a une fonction de remplacement du revenu, et non de garantie du minimum vital; l'aide sociale peut être appelée à couvrir les besoins supplémentaires;
- les chômeurs ayant épousé leur droit aux indemnités au terme du délai-cadre courrent un risque accru de devoir faire appel à l'aide sociale;
- la définition de l'invalidité contient un élément économique (évaluation de l'incapacité de gain compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail) qui est aussi influencée par les emplois disponibles; l'assurance-invalidité est donc amenée à prendre en charge des personnes difficilement réinsérables sur le marché en raison de la concurrence et des exigences élevées qui y prévalent.

Assurance-maladie, réduction des primes, prestations complémentaires et aide sociale: L'introduction de la LAMal a entraîné des modifications pour les dépenses des cantons et communes en matière d'aide sociale et de PC. Vraisemblablement, le système de réduction des primes individuelles devrait permettre un allégement des dépenses des cantons et communes en matière de PC et d'aide sociale. Une évaluation de la LAMal est en cours pour quantifier ces effets.

Rapports entre les collectivités publiques

Situation des cantons: La situation des cantons a déjà été évoquée plus haut. En outre, l'effort d'assainissement des finances fédérales et des assurances sociales passe par des coupures de subventions dans différents domaines.

Situation des communes et des villes: Dans la plupart des cantons, l'aide sociale est du ressort des communes. Si toutes sont concernées par l'augmentation des dépenses sociales et la baisse des rentrées fiscales, les villes ayant fonction de centre le sont encore davantage: elles doivent notamment prendre en charge la construction d'infrastructures et connaissent une plus forte concentration de chômeurs, personnes âgées, isolées et/ou défavorisées, sans abri etc.

A titre d'illustration, la ville de Zurich, qui comprend 29% de la population cantonale, supporte 56% des dépenses sociales. Les prestations sociales ont doublé depuis 1990, principalement en raison de l'explosion de l'aide aux chômeurs (de 0,9 à 33 mio.). La ville regroupe 41% des habitants du canton âgés de plus de 65 ans; 4,4% de la population de la ville reçoit des prestations complémentaires, 8% une prestation de l'aide sociale (3,3% dans le reste du canton).

Les villes ont relativement peu de possibilités d'influer sur la politique sociale au niveau fédéral. Depuis 1995, des villes se sont regroupées au sein d'un Forum de politique sociale afin de développer une stratégie commune.

Projet de nouvelle péréquation financière

La partie "désenchevêtrement des tâches" du projet de nouvelle péréquation financière prévoit, en principe, d'attribuer à la Confédération la compétence et le financement pour les prestations individuelles; les cantons sont en revanche responsables des prestations collectives et de celles qui nécessitent une appréciation des cas concrets et des situations locales. Dans certains domaines, cette répartition stricte des tâches est problématique. Le projet présente les grandes lignes suivantes:

AVS

- compétence de la Confédération pour les prestations individuelles
- cantonalisation des aides à la vieillesse (sauf tâches de caractère national)

AI

- compétence de la Confédération pour les prestations individuelles
- cantonalisation des homes, institutions pour personnes handicapées, établissements de réadaptation
- compétence cantonale pour l'enseignement spécialisé
- compétence cantonale pour les centres de formation du personnel spécialisé
- cantonalisation des subventions aux organisations d'aide aux invalides (sauf pour des tâches de caractère national)

PC à l'AVS et à l'AI

- compétence conjointe pour les prestations complémentaires, avec une nouvelle clé de répartition des compétences et du financement; élaboration d'une variante supplémentaire "compétence fédérale"

Réductions de primes LAMal

- compétence conjointe, avec une nouvelle clé de répartition des compétences ou du financement; élaboration d'une variante supplémentaire "compétence cantonale"

Allocations familiales

- assurance fédérale; élaboration d'une variante qui maintient pour l'essentiel les compétences actuelles mais qui prévoit des possibilités de simplification, notamment dans le domaine administratif.

Un autre aspect de la péréquation est important pour la protection sociale. Actuellement, certaines communes, centres urbains ou régions entières supportent des charges considérablement plus élevées que d'autres. Le modèle de répartition entre Confédération et cantons ne tient pas compte du poids des dépenses effectives de ces collectivités.

De manière générale, le système d'assurances sociales ne peut plus être compris et géré comme la juxtaposition d'un ensemble d'assurances non coordonnées dans les conditions d'octroi et dans l'ordre des priorités d'intervention. Plusieurs cantons réfléchissent actuellement à des modèles d'harmonisation des prestations et d'intégration des procédures ayant pour objectif la transformation de l'aide sociale en instrument de base de garantie du minimum vital. Ces expériences cantonales (VD, TI, BS) resteront de portée limitée si elles ne s'accompagnent pas d'une démarche similaire au niveau fédéral, visant à coordonner les différents segments des assurances sociales.

Avis divergents

Sur ces chapitres 2 et 3 consacrés aux conséquences des changements économiques et sociaux pour la politique sociale, une partie de la Commission fait remarquer que le système suisse offre déjà une large couverture sociale; un système qui ne serait plus fondé principalement sur l'emploi permettrait de combler certaines lacunes, mais il n'inciterait pas au travail et ne serait simplement pas finançable; l'idée d'étudier une forme d'impôt négatif sur le revenu est toutefois aussi représentée au sein de la minorité de la Commission.

La protection sociale ne doit pas entraver l'évolution économique et sociale; elle doit encore veiller à ne pas encourager des comportements qui relèvent de la responsabilité individuelle (divorce, par ex.) en reportant leurs conséquences économiques sur la collectivité.

Les mesures d'intégration, dans un but d'insertion professionnelle, sont estimées utiles, mais elles doivent avoir lieu sur le marché compétitif. La priorité doit être donnée à la création d'emplois ordinaires. L'idée d'une forme de marché parallèle pour des activités d'intérêt public est accueillie avec la plus grande réserve, notamment en raison des problèmes de délimitation entre ces activités, des occupations de loisirs, le bénévolat et l'emploi salarié, en particulier dans les domaines culturel et social.

Les mesures évoquées plus haut en matière d'aide sociale et de prestations familiales sont contestées; de façon générale, elles sont considérées comme un report des charges cantonales et communales sur l'assurance sociale. Les cantons ont déjà été soulagés dans plusieurs domaines (nouveau système de réduction de primes de la LAMal, financement des offices régionaux de placement par l'assurance-chômage, assainissement de l'AI grâce au fonds APG etc.). Le problème de la surcharge des centres urbains doit avant tout être pris en compte dans les mécanismes de péréquation financière aux différents niveaux, dans l'application du critère de la capacité financière et dans la politique structurelle.

En outre, la réflexion est jugée incomplète: les conséquences financières des mesures, d'une part, leurs aspects internationaux (exportation des prestations, exécution à l'étranger), de l'autre, doivent être pris en compte.

4. Conclusions

La garantie des moyens d'existence n'est assurée que pour une partie de la population.

de revenu et les assurances ne suffisent pas; elle est un pilier de la protection sociale, au même titre que l'assurance sociale.

Les conditions et les objectifs de l'intégration sont, à long terme, mis en péril.

l'assurance-chômage, aide sociale) doit être renforcé par des mesures d'incitation et par l'offre d'activités compensatoires attractives.

Un réaménagement de la protection sociale doit suivre une vision globale et non sectorielle.

Les mesures d'économie envisagées dans les assurances sociales doivent être étudiées dans leurs répercussions sur les autres branches et sur l'aide sociale, afin de ne pas aboutir à des transferts de charges inéquitables.

La couverture des risques non pris en charge par le système actuel demande des solutions complémentaires et le développement de nouveaux modèles de collaboration entre les différentes assurances et les collectivités publiques aux différents niveaux.

5. Perspectives de développement de la protection sociale

Le développement de la protection sociale doit suivre des objectifs définis: garantir le minimum vital pour tous, favoriser l'intégration sociale et professionnelle, reposer sur des bases financières durables, coordonner les interventions et maximiser leur utilité sociale.

Le développement de la protection sociale passe par la définition d'objectifs clairs qui impliquent une série de réaménagements.

5.1. Objectifs de la protection sociale

Garantie du minimum vital pour tous

- Garantir un niveau suffisant de ressources est le premier but de la protection sociale. La couverture des personnes qui ne sont pas en mesure, provisoirement ou durablement, de subvenir à leurs besoins par l'exercice d'une activité ou grâce à des prestations d'assurance doit aussi être garantie. La charge correspondante doit être répartie entre les collectivités aux différents niveaux.

Intégration

- Favoriser l'intégration et l'autonomie est l'autre but de la protection sociale et l'esprit dans lequel les prestations doivent être servies. Dans cette perspective, il s'agit d'éviter la stigmatisation des bénéficiaires ("assistés") en développant des formes de partenariat entre la personne et la société (représentée par les services sociaux) qui mettent l'accent sur la participation à un programme d'intégration. "Intégration" se comprend dans un sens large, non limité à l'insertion sur le marché du travail.

Procurer du travail plutôt que des prestations d'assistance

- Pour les personnes aptes à exercer une activité, l'objectif d'intégration est la réinsertion sur le marché du travail, grâce à des mesures visant au maintien ou à l'amélioration des capacités professionnelles et personnelles. Ces mesures nécessitent la collaboration des différentes instances publiques et privées (offices de placement, services sociaux, offices AI, entreprises, ONG, etc.); une forme d'organisation qui mette en relation l'offre et la demande pour des activités d'intérêt public, à but social, culturel, écologique, pourrait être étudiée à cet effet.
- Cet objectif montre toutefois ses limites lorsque les possibilités de procurer un travail (rémunéré) approprié sont restreintes. A long terme, il pourrait aussi perdre en pertinence dans une société où l'on observe que l'insertion par l'emploi n'est plus la réponse exclusive à l'intégration des gens.

Perspective de long terme

- La protection sociale doit être envisagée dans une perspective globale de long terme, ce qui demande une observation et une certaine capacité de prévision de l'évolution sociale. Les mesures devraient autant que possible ne pas se limiter à des rééquilibrages mais reposer sur des bases financières durables et sur une bonne acceptation sociale.

Coordination des mesures de politique sociale

- L'approche sectorielle et pragmatique qui marque l'évolution des assurances sociales en Suisse risque de manquer de vue d'ensemble. Les interventions dans l'un ou l'autre domaine tendent à entraîner des transferts de charges qui ne sont pas cohérents avec une perspective de politique sociale. La coordination doit aussi intervenir dans la mise en oeuvre des mesures.

Coûts et bénéfices de la protection sociale

- La nécessité d'assurer des bases financières saines et de maîtriser l'évolution des coûts risque de focaliser l'attention sur les charges liées à la protection sociale et d'occulter la contribution de celle-ci à la cohésion sociale. La promotion de la solidarité et le soutien de la population aux institutions sociales requièrent une information équilibrée.

52. Pistes de réflexion pour un réaménagement de la protection sociale

Changements dans le système ou changement de système?

Le système de protection sociale doit avant tout être maintenu.

Les principes et objectifs définis ci-dessus ne demandent pas une extension générale des prestations dépourvue d'assises durables, ni le passage à un système radicalement différent. Des formes de revenu minimum garanti généralisé ou d'impôt négatif présentent certes des aspects intéressants. Toutefois, en connaissance des études et des expériences limitées réalisées jusqu'ici à l'étranger³, les avantages d'un changement dans cette voie n'apparaissent pas décisifs. Le système actuel peut être aménagé en préservant les équilibres, qui lui garantissent une bonne légitimité, entre responsabilité individuelle, solutions collectives négociées (partenaires sociaux) et solidarité garantie par les institutions sociales.

Le tableau qui suit présente une série d'aménagements envisageables; certains sont actuellement en discussion, d'autres sont de premières propositions.

³ BASS, Literaturrecherche: Modelle zu einem garantierten Mindesteinkommen. Forschungsbericht Nr. 2/95. Berne: OFAS, 1995.

Pistes de réflexion

Objectifs	Mesures	Respon-sa-bilités	Echéan-ces
Garantie du minimum vital • en général • familles	<p><i>Droit au minimum vital</i> Le projet de révision totale prévoit d'inscrire ce droit, jusqu'ici non écrit, dans la Constitution fédérale. La CSSS-CN a aussi adopté une initiative "Droit au minimum vital" (Goll 92.426) dans ce sens.</p> <p><i>Loi-cadre sur l'aide sociale et harmonisation matérielle des prestations</i> L'initiative "Droit au minimum vital" porte aussi sur l'adoption d'une loi-cadre fédérale: la Confédération, d'entente avec les cantons, pourrait définir la teneur minimale des prestations et les principes de la protection juridique; la CSSS-CN poursuit actuellement cet objectif dans le cadre de la réforme de la Constitution fédérale</p> <p><i>Extension des prestations complémentaires</i> Le système des PC (droit subjectif à un complément sous condition de ressources) pourrait être étendu à d'autres cercles de bénéficiaires (chômeurs de longue durée, en fin de droits, familles monoparentales...; cf. Po Hildebrand 91.3085, Mo Bircher Peter 91.3111). Par rapport à l'aide sociale, cette solution permettrait une plus grande sécurité juridique pour les bénéficiaires et une meilleure répartition du financement des prestations (possibilité de réaliser des économies sur les prestations d'assurance grâce au complément sous condition de ressources).</p> <p><i>Compensation des charges familiales</i> Le Parlement étudie la suite à donner à l'initiative Fankhauser. Le projet de nouvelle péréquation financière (NFP) examine aussi la question des compétences en matière d'allocations familiales.</p>	Parlement Parlement Conf. et cantons (év. sous la conduite de la CDAS) Parlement Projet NFP	1998/99 (votation populaire) 1998/99 (si prop. retenue dans le projet de réforme Cst.) ? ? rapport mi-mai

Objectifs	Mesures	Respon-sa-bilités	Echéan-ces
<ul style="list-style-type: none"> travailleurs à faibles revenus 	<p><i>Mesures en faveurs des bas salaires</i> Le coût des travailleurs peu qualifiés ne doit pas devenir prohibitif pour les entreprises; les travailleurs à bas revenus ne doivent pas non plus être incités par le niveau des prestations sociales à renoncer à leur activité. Les mesures qui pourraient rendre l'emploi de ces travailleurs plus attractif (prestations complétant le revenu, subventions, exonération de charges sociales etc.) comportent toutefois des risques importants: risque de donner une prime aux bas salaires et au travail non qualifié, danger d'aggraver "l'engrenage de la pauvreté", si les prestations sont fortement réduites lorsque le revenu du travail augmente, distorsions sur le marché du travail.</p> <p>Ces mesures sont actuellement étudiées au niveau international (OCDE); en raison de leurs risques, elles sont toutefois contestées; au sein de la Commission consultative, plusieurs membres ont exprimé leur rejet catégorique.</p>	?	?
<ul style="list-style-type: none"> personnes nécessitant des soins de longue durée 	<p><i>Financement des soins de longue durée</i> La couverture des soins de longue durée est assurée par différentes sources (LAMal, AVS-AI, PC, AA...). Une harmonisation des diverses prestations et une meilleure répartition des charges est à envisager.</p>	?	?
Intégration, travail et aide sociale	<p><i>Programme de soutien à de nouvelles formes d'aide sociale</i> Les initiatives privées d'entraide qui créent des occupations méritent un soutien administratif et financier initial dans le cadre d'un programme d'impulsion qui assurerait la sélection des projets et l'évaluation des résultats. Les projets devraient pouvoir compter sur un financement durable hors du programme.</p>	Conf., avec cantons et communes	?

Objectifs	Mesures	Responsabilités	Echéances
Coordination/financement	<p><i>Répartition des charges dans le domaine de la protection sociale</i></p> <p>Dans le cadre du projet de nouvelle péréquation financière, il y a lieu de veiller à ce que</p> <ul style="list-style-type: none">– les PC restent une tâche commune de la Confédération et des cantons, avec participation accrue de la Confédération– la séparation proposée entre prestations individuelles et collectives de l'AI n'aille pas à l'encontre de l'objectif de réadaptation de cette loi ni de la 4e révision LAI– les allocations familiales soient réglées au niveau fédéral– les réductions de primes LAMal restent de la compétence conjointe de la Confédération et des cantons– en outre, à ce que les charges supportées par les communes, centres ou régions urbains soient mieux compensées	Conf. et cantons	mai 1998 projet mis en consultation

Aspects de la sécurité sociale

Sous ce titre, l'Office fédéral des assurances sociales publie des rapports de recherche (signalés en gras) ainsi que d'autres contributions relevant de son champ d'activité. Ont déjà été publiés:

	Source N° de commande
Rapport de recherche: Wolfram Fischer, Possibilités de mesure des prestations hospitalières: considérations sur une réorganisation de la statistique hospitalière. N° 1/94	OCFIM* 318.010.1/94 f
Rapport de recherche: André Bender, M. Philippe Favarger, Dr. Martin Hoesli: Evaluation des biens immobiliers dans les institutions de prévoyance. N° 2/94	OCFIM* 318.010.2/94 f
Forschungsbericht: Hannes Wüest, Martin Hofer, Markus Schweizer: Wohneigentumsförderung – Bericht über die Auswirkungen der Wohneigentumsförderung mit den Mitteln der beruflichen Vorsorge. Nr. 3/94	EDMZ* 318.010.3/94 d
Forschungsbericht: Richard Cranovsky: Machbarkeitsstudie des Technologiebewertungsregister. Nr. 4/94	EDMZ* 318.010.4/94 d
Rapport de recherche: BRAINS: Inventaire du Spitex. N° 5/94	OCFIM* 318.010.5/94 f
Forschungsbericht: Jacob van Dam, Hans Schmid: Insolvenzversicherung in der beruflichen Vorsorge. Nr. 1/95	EDMZ* 318.010.1/95 d
Forschungsbericht: BASS: Tobias Bauer. Literaturrecherche: Modelle zu einem garantierten Mindesteinkommen. Nr. 2/95	EDMZ* 318.010.2/95 d
Rapport de recherche: IPSO: Peter Farago. Prévenir et combattre la pauvreté: forces et limites des mesures prises par l'Etat. N° 3/95	OCFIM* 318.010.3/95 f
Rapport du Département fédéral de l'intérieur concernant la structure actuelle et le développement futur de la conception helvétique des trois piliers de la prévoyance vieillesse, survivants et invalidité. Octobre 1995	OCFIM* 318.012.1/95 f/i
Universität Zürich, Interdisziplinäre Vorlesungsreihe 1995/96: Das neue KVG – Was ändert sich im Gesundheitswesen? Die Referate. Teil I	BSV** 96.217
Universität Zürich, Interdisziplinäre Vorlesungsreihe 1995/96: Das neue KVG – Was ändert sich im Gesundheitswesen? Die Referate. Teil II	BSV** 96.538
Groupe de travail interdépartemental "Perspectives de financement des assurances sociales" (IDA FiSo): Rapport sur les perspectives de financement des assurances sociales (eu égard en particulier à l'évolution démographique).	OCFIM* 318.012.1/96 f
Rapport de recherche: Laura Cardia-Vonèche et al.: Les familles monoparentales. N° 1/96	OCFIM* 318.010.1/96 f
Rapport du groupe de travail "Protection des données et liste des analyses / assurance-maladie". N° 2/96	OFAS** 96.568

* EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern

* OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne

** BSV = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern

** OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne

Aspects de la sécurité sociale

Sous ce titre, l'Office fédéral des assurances sociales publie des rapports de recherche (signalés en gras) ainsi que d'autres contributions relevant de son champ d'activité. Ont déjà été publiés:

	Source Nº de commande
Prévoyance professionnelle: Nouvelles prescriptions en matière d'établissement des comptes et de placements. Réglementation concernant l'utilisation des instruments financiers dérivés. Texte de l'ordonnance / commentaire / recommandations. Nº 3/96	OCFIM* 318.010.3/96 f
Forschungsbericht: Martin Wechsler, Martin Savioz: Umverteilung zwischen den Generationen in der Sozialversicherung und im Gesundheitswesen. Nr. 4/96	EDMZ* 318.010.4/96 d
Forschungsbericht: Wolfram Fischer: Patientenklassifikationssysteme zur Bildung von Behandlungsfallgruppen im stationären Bereich. Nr. 1/97	EDMZ* 318.010.1/97 d
Forschungsbericht: Infras: Festsetzung der Renten beim Altersrücktritt und ihre Anpassung an die wirtschaftliche Entwicklung. Überblick über die Regelungen in der EU. Nr. 2/97	EDMZ* 318.010.2/97 d
Rapport de recherche: Heinz Schmid: Procédure d'approbation des primes dans l'assurance-maladie. Expertise. Nº 3/97	OCFIM* 318.010.3/97 f
Forschungsbericht: Eine Zusammenarbeit zwischen IPSO und Infras: Perspektive der Erwerbs- und Lohnquote. Nr. 4/97	EDMZ* 318.010.4/97 d
Forschungsbericht: Stefan Spycher, BASS: Auswirkungen von Regelungen des AHV-Rentenalters auf die Sozialversicherungen, den Staatshaushalt und die Wirtschaft. Nr. 5/97	EDMZ* 318.010.5/97 d
Forschungsbericht: Günther Latzel, Christoph Andermatt, Rudolf Walther, BRAINS: Sicherung und Finanzierung von Pflege- und Betreuungsleistungen bei Pflegebedürftigkeit. Band I und II. Nr. 6/97	EDMZ* 318.010.6/97 d
Groupe de travail interdépartemental "Perspectives de financement des assurances sociales (IDA FiSo) 2": Analyse des prestations des assurances sociales; Concrétisation de modifications possibles en fonction de trois scénarios financiers.	OCFIM* 318.012.1/97 f

* EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern

* OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne

** BSV = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern

** OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne

Aspects de la sécurité sociale

Sous ce titre, l'Office fédéral des assurances sociales publie des rapports de recherche (signalés en gras) ainsi que d'autres contributions relevant de son champ d'activité. Ont déjà été publiés:

	Source N° de commande
Publications relatives à l'étude des nouvelles formes d'assurance-maladie	
Synthèse	
Rapport de recherche: Rita Baur, Wolfgang Hunger, Klaus Kämpf, Johannes Stock (Prognos AG): Rapport de synthèse: Evaluation des nouveaux modèles d'assurance-maladie. N° 1/98	OCFIM* 318.010.1/98 f
Dossiers techniques / Enquêtes	
Forschungsbericht: Rita Baur, Doris Eyett (Prognos AG): Die Wahl der Versicherungsformen. Untersuchungsbericht 1. Nr. 2/98	EDMZ* 318.010.2/98 d
Forschungsbericht: Rita Baur, Doris Eyett (Prognos AG): Bewertung der ambulanten medizinischen Versorgung durch HMO-Versicherte und traditionell Versicherte. Untersuchungsbericht 2. Nr. 3/98	EDMZ* 318.010.3/98 d
Forschungsbericht: Rita Baur, Doris Eyett (Prognos AG): Selbstgetragene Gesundheitskosten. Untersuchungsbericht 3. Nr. 4/98	EDMZ* 318.010.4/98 d
Forschungsbericht: Rita Baur, Armin Ming, Johannes Stock, Peter Lang (Prognos AG): Struktur, Verfahren und Kosten der HMO-Praxen. Untersuchungsbericht 4. Nr. 5/98	EDMZ* 318.010.5/98 d
Forschungsbericht: Johannes Stock, Rita Baur, Peter Lang (Prognos AG); Prof. Dr. Dieter Conen: Hypertonie-Management. Ein Praxisvergleich zwischen traditionellen Praxen und HMOs. Nr. 6/98	EDMZ* 318.010.6/98 d
Dossiers techniques / Etude des données administratives	
Forschungsbericht: Stefan Schütz et al.: Neue Formen der Krankenversicherung: Versicherte, Leistungen, Prämien und Kosten. Ergebnisse der Administrativdatenuntersuchung, 1. Teil. Nr. 7/98	EDMZ* 318.010.7/98 d
Forschungsbericht: Herbert Käenzig et al.: Neue Formen der Krankenversicherung: Alters- und Kostenverteilungen im Vergleich zu der traditionellen Versicherung. Ergebnisse der Administrativdatenuntersuchung, 2. Teil. Nr. 8/98	EDMZ* 318.010.8/98 d
Rapport de recherche: Gabriel Sottas et al.: Données administratives de l'assurance-maladie: Analyse de qualité, statistique élémentaire et base pour les exploitations. N° 9/98	OCFIM* 318.010.9/98 f
Les questionnaires des enquêtes auprès des assurés (5 parties) peuvent être obtenus à l'adresse suivante: Office fédéral des assurances sociales, section Statistique, M. Herbert Käenzig, 3003 Berne (Tél. 031 / 322 91 48)	

* EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialienzentrale, 3000 Bern

* OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne

** BSV = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern

*** OIAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne