

Date de dépôt : 8 avril 2013

Rapport

de la Commission des affaires sociales chargée d'étudier la pétition en vue d'obliger le Grand Conseil et le Conseil d'Etat du canton de Genève à user du droit d'initiative fédérale leur appartenant pour qu'une allocation d'autonomie pour les personnes dépendantes soit instaurée en Suisse

Rapport de M. Patrick Saudan

Mesdames et
Messieurs les députés,

La Commission des affaires sociales a examiné cette pétition durant les séances des mardis 9 et 16 octobre 2012. Ces séances se sont déroulées sous la présidence bienveillante de M^{me} Fabienne Gautier. Les procès-verbaux ont été rédigés avec diligence par M^{me} Amandine Duperrier et la commission a bénéficié de la présence experte de M. Jean-Christophe Bretton, directeur général de l'Action sociale.

Préambule

La pétition 1786 qui demande au Grand Conseil et au Conseil d'Etat du canton de Genève d'user du droit d'initiative fédérale pour qu'une allocation d'autonomie pour les personnes dépendantes soit instaurée en Suisse avait déjà été précédemment examinée par la Commission des pétitions en date du 7 novembre 2011 qui avait renvoyé ce texte à la Commission du logement, qui avait auditionné les pétitionnaires en date du 5 mars 2012. La Commission du logement avait estimé qu'elle n'était pas idoine pour traiter cette pétition et celle-ci a finalement abouti à la Commission des affaires sociales.

Audition de M. Daniel-François Ruchon et M. Helmut Creutz, membres du Conseil des anciens de Genève (séance du 9 octobre 2012).

M. Ruchon indique que M. Creutz et lui représentent la Commission sociale du Conseil des aînés. Il y a cinq signataires à la pétition. Il rappelle qu'il y a plus d'un an et demi que cette pétition a été déposée et remercie la commission de recevoir, pour cette audition, une délégation des pétitionnaires.

La Commission sociale du Conseil des anciens de Genève a déposé, le 9 mai 2011, cette pétition en vue d'obliger le canton de Genève à user de son droit d'initiative fédérale pour qu'une allocation d'autonomie pour les personnes dépendantes soit instaurée en Suisse. Il signale que c'est une préoccupation qui tient à cœur des membres de la Commission sociale du Conseil des anciens depuis de nombreuses années. Les signataires souhaitent, par cette mesure, arriver à éliminer les discriminations d'âge et de cause de dépendance, car il précise que toutes les couches de la population sont menacées par la dépendance, cela allant des enfants jusqu'aux personnes âgées en passant par les victimes d'accidents graves. C'est-à-dire, ajoute-t-il, tous ceux qui souffrent d'handicaps de tous genres.

Cette pétition sert aussi à favoriser une grande solidarité entre les générations, ainsi qu'entre les dépendants et les indépendants. Chacun doit pouvoir conserver, où qu'il se trouve, sa plus grande autonomie, malgré ses handicaps, alors qu'il est aux prises avec de réelles difficultés pour accomplir la plupart des actes de la vie et qu'il ne peut le faire qu'avec l'intervention d'une ou de plusieurs personnes. La notion d'allocation pour impotence en vigueur actuellement contient un aspect négatif, dépréciatif et décourageant. Par contre, la notion d'allocation d'autonomie est positive, et vise le maintien de cette indépendance si nécessaire. C'est la raison pour laquelle des mesures d'ensemble et des appuis nécessaires doivent pouvoir être créés, ceci afin de continuer à vivre indépendant malgré un handicap.

M. Ruchon indique que la proposition principale est de remplacer les allocations pour impotent AI, AVS et AA versées aux personnes dépendantes par une nouvelle allocation personnelle, unique et variable, qui soit adaptée à la situation, en fonction des vrais besoins des personnes. Les taux de cette nouvelle allocation d'autonomie devraient être sensiblement plus élevés que ceux des actuelles allocations pour impotent qui sont insuffisantes. Ces taux devraient être variables, évolutifs et fixés à des montants qui permettent aux bénéficiaires d'assurer leur indépendance à domicile sans soucis financiers, de ne pas tomber à la charge de l'assistance publique ou de l'aide sociale en raison de leur état de dépendance, et de ne pas être obligés de payer des suppléments exorbitants en cas de prise en charge dans un EMS ou un

établissement spécialisé. Toutes les sociétés occidentales sont confrontées au phénomène de dépendance, phénomène qui s'accroît. Il souligne que la Suisse a pris un retard dans ce domaine, retard qui s'accroît à son avis. Il est temps de rattraper ce retard, pour donner une meilleure qualité de vie à tous, sans aucune discrimination.

Un groupe comme le Conseil des anciens n'a pas les moyens de faire une initiative fédérale. Il explique que leur texte a été distribué le plus largement possible à d'autres collègues dans la Suisse, mais il pense que le canton de Genève a la possibilité, d'après la Constitution actuelle, de lancer le débat afin que les choses commencent à avancer. Il sait que tout ne pourra pas être obtenu, mais il indique qu'une direction doit être prise, et que ce serait l'honneur du canton de Genève d'être un pionnier dans ce domaine-là.

Une commissaire S remercie les auditionnés pour leur présentation. Elle demande si l'idée de cette pétition est de révolutionner tout le système, à savoir de supprimer l'AVS, l'AI, les prestations complémentaires et les allocations pour impotent et de remplacer le tout par une allocation d'autonomie.

M. Creutz répond par la positive. Il explique que le Conseil des anciens s'est inspiré des orientations du Conseil fédéral figurant dans un rapport de 1992, rapport basé sur l'avis de dizaines d'experts en la matière. Il indique que le Conseil des anciens a repris l'idée de mettre tout cela sous un même titre, à savoir mettre les trois allocations pour impotent en une seule allocation d'autonomie. Il rappelle que la dépendance est indépendante de l'origine, et que c'est un fait que la personne subit. Il souligne que les deux actuelles allocations pour impotent AI et AVS sont différentes.

La commissaire S demande si en parlant d'« allocation pour impotent » les auditionnés parlent bien des faibles montants donnés aux personnes dépendantes.

M. Creutz explique que ces montants sont versés selon trois caractéristiques, à savoir, tout d'abord, la dépendance légère, moyenne ou grave pour l'AI, ensuite cinq caractéristiques non spécifiées pour l'assurance accident, car c'est la Commission d'invalidité qui en décide, et enfin, la dépendance moyenne et grave pour l'AVS. Si, durant la vie d'une personne, cette dernière a une rente d'invalidité avec une allocation d'impotence légère, cette rente et cette allocation sont maintenues à l'âge de l'AVS. Cependant une personne qui devient dépendante à l'âge de la retraite ne reçoit rien. C'est une incohérence, qui est historique. En effet, au début des allocations pour impotent de l'AVS, ces allocations n'étaient données que pour les cas de dépendance grave, et ce n'est qu'en 1993 que la dépendance moyenne a été

ajoutée. Aujourd'hui il faut faire un pas supplémentaires en mettant toutes ces personnes dépendantes sur un pied d'égalité. Des personnes peuvent devenir dépendantes depuis la naissance et jusqu'à un âge très élevé. Il ajoute que cette catégorie des personnes âgées est en augmentation permanente.

La commissaire S demande si c'est donc bien tout le système (AVS, AI, AA, prestations complémentaires et allocations pour impotent) que la pétition cherche à remplacer et pas seulement l'allocation pour impotent.

M. Creutz répond par la positive.

Elle indique que, sur le fond, elle est tout à fait d'accord avec ce qui est proposé, parce que c'est ce qu'il faudrait faire. Mais elle demande si les auditionnés pensent qu'il y a, actuellement, une majorité politique pour aller dans une réforme de ce type-là, sachant que la Suisse a toujours refusé cela jusqu'à présent. Elle rappelle que l'introduction des prestations complémentaires est due au fait que la Suisse n'a pas voulu réformer l'AVS.

M. Creutz indique que la crainte est que cette pétition veuille créer une allocation ou prestation supplémentaire, ce qui n'est pas le cas. Il explique que l'idée est de remplacer quelque chose d'existant par quelque chose d'autre. Il y a simplement une question de coût qui se pose ensuite. L'idée était de rendre cela administrativement attrayant et peu coûteux, raison pour laquelle la Commission des anciens a voulu faire cela à l'intérieur des assurances sociales suisses, et non pas en une branche séparée. Il ne faut pas exagérer la portée de cette proposition, proposition raisonnable et qui demanderait un cadre administratif et financier supportable.

M. Ruchon ajoute que cette proposition permettrait de répondre aux vrais besoins des personnes, afin que ces dernières puissent vivre avec les aides dont elles ont besoin et ainsi être plus autonomes.

Un commissaire R remercie les auditionnés pour leur présentation, ainsi que pour cette proposition. Il demande comment les auditionnés imaginent le financement, car il explique que la proposition ne demande pas seulement un toilettage du système, mais aussi une augmentation des prestations, en sachant qu'il y a un vieillissement de la population, une augmentation des personnes impotentes et une diminution du nombre d'actifs. Il demande ce que le Conseil des anciens a imaginé, à savoir soit, par exemple, une augmentation de la TVA ou soit une augmentation des impôts directs.

M. Creutz souligne que le texte de la pétition se veut comme un document d'incitation qui ne présente pas les solutions techniques. Par rapport au financement éventuel, le Conseil des anciens s'est demandé s'il fallait utiliser les cotisations de l'AI et de l'AVS, question à laquelle le Conseil a répondu négativement, ces cotisations étant déjà financées en partie par l'impôt. Il

explique qu'il est très difficile, pour répondre à la question du financement, d'avoir des statistiques fiables, car personne ne sait très exactement le nombre de bénéficiaires potentiels et éventuels. Il ajoute que les chiffres connus peuvent être une base, chiffres datant cependant des années 1990.

Le commissaire R sait qu'une solution technique ne peut pas être demandée au Conseil des anciens. Il demande, si un tel système d'augmentation des prestations devait être mis en place, ce que les auditionnés préféreraient, à savoir soit une augmentation des impôts directs (progressif en fonction du revenu), soit une augmentation de la TVA (qui touche tout le monde de la même manière). Il demande quelle est la sensibilité de la Commission sociale des anciens par rapport à cela.

M. Creutz répond que la Commission sociale a une préférence pour la TVA, premièrement parce que, par rapport aux pays voisins de la Suisse, la TVA est relativement faible en Suisse, et deuxièmement parce que comme les rentiers, étant aussi des consommateurs, participent indirectement au financement, la cible financière est beaucoup plus large.

Un commissaire MCG remercie les auditionnés pour leur présentation. Il pense qu'il y a un malentendu : la proposition ne parle pas de remplacer le système de l'AVS et de l'AI, mais de remplacer le petit volet des allocations pour impotence de l'AVS et de l'AI qui serait remplacé par un volet commun à tout le système afin d'éviter les disparités expliquées par les auditionnés. Par rapport aux allocations pour impotence moyenne, il demande de combien les auditionnés considèrent qu'elles sont insuffisantes.

M. Creutz répond que la Commission pense que le maintien à domicile nécessite une augmentation des prestations actuelles, mais selon les possibilités financières. Il signale que vivre en EMS coûte bien plus cher que d'essayer de rester à domicile. Il précise que 50% des dépenses de l'AI sont à la charge des pouvoirs publics, dont trois quarts à la Confédération et un quart aux cantons. Il précise également que 17% des dépenses de l'AVS sont à la charge de la Confédération et 3% sont à la charge des cantons. Il indique qu'il ne faut pas craindre de devoir financer exclusivement cette allocation d'autonomie.

M. Ruchon répète qu'il faudrait traduire les vrais besoins des personnes. Il faudrait inventer un système qui permette de dire que dans une situation donnée, avec un handicap donné, il faut un certain appui ou une certaine aide, et que tout cela soit ensuite chiffré afin de répondre aux réels besoins des personnes. Parfois des personnes touchent peut-être un peu plus que ce qu'il leur serait nécessaire, car les choses peuvent évoluer. Il faut tenir compte du milieu des personnes et de leurs caractéristiques. Il y a un changement fondamental à opérer, à savoir une approche personnalisée et une solidarité

entre toutes les composantes de la société pour affronter le problème. Il rappelle qu'un des gros problèmes actuels est le prix des EMS, et il pense qu'il faut réagir. Il répète qu'il aimerait que le canton de Genève use de son droit d'initiative fédérale.

Une commissaire Ve remercie les auditionnés pour leur explications. Elle indique que, à partir du 1^{er} janvier 2012, il y a eu un changement au niveau de l'AI, où il a été question des contributions d'assistance, à savoir que les personnes qui ont besoin d'assistance à domicile reçoivent une somme pour pouvoir payer les personnes venant à leur domicile afin de maintenir leur indépendance. Elle pense que le texte proposé par rapport aux allocations d'autonomie est le même type de demande. Elle se demande si ce texte correspond alors encore à la réalité, et s'il ne faudrait pas l'adapter, pour que ce qui existe au niveau de l'AI puisse aussi exister au niveau de l'AVS.

M. Creutz indique que ce changement ne concerne actuellement que l'AI, et qu'il a demandé des années de discussions. La question du personnel aid-soignant est difficile à résoudre, car ce sont parfois des membres de la famille ou des personnes engagées spécialement. Il précise que M. Ruchon et lui parlent uniquement des aides à la vie courante. Toutes ces aides peuvent être incorporées dans les assurances, et pas seulement dans l'AI. La démarche des pétitionnaires est plus globale, dans ce sens qu'elle veut couvrir les trois branches de la sécurité sociale (AI, AVS et AA) et harmoniser les prestations.

Il y a les prestations complémentaires pour les personnes qui n'arrivent toujours pas à vivre de manière autonome avec les allocations, mais la pétition demande des prestations fédérales (allocations versées à toute personne qui en a besoin) plus élevées, les prestations complémentaires des cantons (soumis à des conditions de ressources) seront diminuées d'autant. Toutes ces questions devront se résoudre en cours de route, et il ajoute que si le Conseil fédéral se saisit de ce texte, cela durera encore des années. Il répète que les allocations ne couvrent pas les besoins des personnes pour que ces derrières soient autonomes.

Une commissaire Ve remercie les auditionnés pour leur présentation, ainsi que les commissaires pour leurs questions. Elle indique que dans le débat sur les aides complémentaires à l'âge AVS, certains conseillers nationaux avaient émis l'idée de faire une assurance « AVS plus ». Elle demande si les auditionnés pensent que cela pourrait être une partie de réponse à leur texte.

M. Creutz et M. Ruchon répondent par la négative.

M. Creutz indique qu'il y a une question de répartition des charges des pouvoirs publics, à savoir que si une personne n'arrive pas à assumer elle-

même ses besoins avec la contribution fédérale, il y a la contribution cantonale qui intervient. Il explique que tout cela est à équilibrer entre les différents intervenants financiers.

M. Ruchon ajoute que l'« AVS plus » n'est pas du tout la même chose. Il indique vouloir qu'un travail soit fait sur l'éventail complet de la population, ce qui comprend toutes les personnes depuis les enfants, et pas seulement les personnes en âge AVS. Il répète qu'il aimerait que l'indépendance devienne vraiment réelle en Suisse. Il sait que cela coûtera de l'argent.

M. Creutz signale que, selon les estimations les plus sérieuses, il y a aujourd'hui environ 150'000 personnes dépendantes en Suisse. Il ajoute que selon les projections les plus sérieuses aussi, en 2020, il y aura 200 000 personnes dépendantes en Suisse, soit un quart de plus qu'actuellement. Il précise que le nombre exact des personnes concernées n'est pas connu, car des personnes se font aider par leur famille ou des associations bénévoles. Il explique que, aujourd'hui, une somme de 400 000 000 CHF par an est versée en Suisse pour l'AI, l'AVS et l'AA. Il indique donc que si l'on pense qu'il y aura en 2020 un quart de personne en plus, cela voudra dire qu'il faudra une somme de 500 000 000 CHF par an. Il précise que c'est une somme très approximative mais supportable pour la Suisse.

Un commissaire PDC remercie les auditionnés pour leur présentation. Il demande si le projet consiste en une sorte d'allocation universelle d'impotence, qui pourrait être mesurée avec un outil d'évaluation du degré d'autonomie. Tout le monde pourrait y avoir accès quel que soit l'âge et quel que soit le statut social et les revenus économiques. Et il précise que cela remplacerait les trois allocations d'impotence actuelles.

M. Creutz et M. Ruchon répondent par la positive.

M. Creutz ajoute que les pétitionnaires ne se sont pas lancés dans les critères d'évaluation, parce qu'ils veulent que les actuelles commissions d'invalidité, qui fixent les montants des prestations, soient maintenues, ces commissions pouvant s'occuper d'autres cas, comme la dépendance AVS. Une loi devra être mise en place pour régler tout cela, et devra contenir les critères d'évaluation pour fixer la prestation et son montant pour chaque cas. Ces critères doivent être fixés par la loi pour qu'il y ait des caractéristiques et des précisions fiables.

Un commissaire R remercie les auditionnés pour leur présentation et leur action. Il indique que le projet part d'un modèle assez ancien, à savoir cette notion de rente d'impotence qui ne correspond pas aujourd'hui à ce que l'on sait de la santé publique, c'est-à-dire à aider les personnes de tout âge ayant des difficultés à interagir avec leur environnement, et à les aider avoir une vie qui

se rapproche le plus possible de la normalité. Il demande si le texte propose une simplification administrative et une suppression des inégalités de traitement.

M. Creutz répond par la positive. Il ajoute qu'il y a d'autres buts.

Le commissaire R indique qu'une simplification administrative peut engendrer une baisse des tracasseries administratives que doivent subir les assurés, même une suppression des doublons au niveau des différentes administrations et peut-être une amélioration de l'efficacité de l'administration. Les auditionnés ont indiqué l'importance, pour une personne, gardant une déficience à la suite d'un événement de santé, d'avoir divers réaménagements à son domicile pour pouvoir y vivre.

Il précise que c'est une autre logique, à savoir qu'à partir d'une situation donnée pour une personne donnée qui a des besoins particuliers, des financements devraient être donnés à cette personne pour qu'elle ait les moyens de financer l'aide auxiliaire dont elle a besoin pour vivre d'une manière autonome, financement qui sera donc quelque chose de très spécifique. Le texte des pétitionnaires ne répond pas à ça, mais propose de donner plus d'argent avec des critères un peu plus fins.

Il faut savoir ensuite si l'argent mis à disposition de cette personne l'aidera à faire les aménagements spécifiques dont elle a besoin. Il demande si cette autre logique qu'il vient d'expliquer dépasse le texte de la pétition, car cette dernière veut simplement une simplification administrative, ou bien s'il les pétitionnaires veulent faire quelque chose de nouveau qui vise à financer les moyens auxiliaires pour les personnes avec des problèmes d'autonomie. Il remarque qu'une personne à l'AI peut se faire payer un fauteuil roulant voire un fauteuil roulant électrique et qu'une personne qui est en âge AVS avec exactement le même problème n'a droit à rien du tout. Il y a donc un véritable problème d'inégalité de traitement par rapport aux moyens auxiliaires.

M. Creutz indique que cette situation (pour les aménagements particuliers d'une personne) existe déjà pour l'AI.

Le commissaire R précise que ça n'existe pas pour l'AVS.

M. Creutz répète que le texte propose que les actuelles commissions d'invalidité soient maintenues et qu'elles traitent autant les cas d'AI que d'AVS. Il signale qu'il y a des contrôles pour éviter que des prestations soient indûment données, ainsi que des contrôles quelques années après également, afin de savoir si la prestation correspond encore au cas auquel elle a été versée. Il répète qu'il faut qu'il y ait, dans la loi, les critères qui fixent l'ampleur et le montant des prestations.

M. Ruchon précise que les pétitionnaires n'ont pas voulu complètement changer le système, mais qu'ils se sont concentrés sur cette rente d'impotence. Les moyens doivent être adaptés afin que les personnes puissent vivre d'une manière indépendante, et il ajoute que le législateur devra définir jusqu'où il veut aller. Actuellement ce n'est pas suffisant.

Une commissaire S indique que le texte n'est donc pas sur une proposition pour remplacer l'AVS et l'AI par une nouvelle forme de rente, mais bien sur l'allocation d'impotence. Elle ajoute que ce que les pétitionnaires reprochent au système est une forme d'injustice, à savoir une différence de prestations selon qu'une personne est à l'AVS ou bien à l'AI. Elle demande si c'est bien le raisonnement qui a été fait par les pétitionnaires.

M. Ruchon répond par la positive. Il ajoute que les pétitionnaires veulent améliorer le système.

La commissaire S demande donc si le problème majeur est que les personnes ne touchent pas la même chose à l'AI ou à l'AVS pour une même situation.

M. Creutz indique que, s'il faut mettre un mot clé sur ce sujet, cela serait supprimer les discriminations entre les personnes impotentes à l'AI et à l'AVS. Il rappelle que cette différence existe pour des raisons historiques. Il est proposé que l'évaluation de l'état et de l'ampleur de la dépendance soit fixée à l'intérieur d'une institution d'évaluation qui soit élargie, à savoir que cela touche toutes les personnes concernées. Il ajoute qu'il faut que cette évaluation se fasse à l'intérieur de l'administration actuelle de l'AI. Il est proposé, du point de vue administratif, que ce soit une entité séparée du reste. Il souligne le fait qu'il faut un budget séparé, pour qu'il y ait une sorte d'indépendance à l'intérieur du grand système. Il croit que tout cela doit être inséré dans le concept des assurances sociales, dans l'optique d'une solidarité nationale. Cette solution est un bon compromis.

La commissaire S indique qu'il faut donc regarder les besoins de la personne, sa situation et non le fait qu'elle soit à l'AI ou à l'AVS. Elle demande s'il y a d'autres Conseils des anciens en Suisse qui ont fait les mêmes démarches. L'expérience a montré que lorsque c'est Genève qui fait des initiatives à l'Assemblée fédérale, le canton est rarement écouté. Elle précise que cela a plus de poids si ça vient également d'autres cantons.

M. Ruchon indique que le projet a été présenté au Conseil national des anciens et que les membres de ce dernier en ont pris acte. Il ajoute qu'il y a longtemps, cela a été proposé à des conseillers nationaux, mais que ce derniers n'ont rien fait. Bien sûr, souligne-t-il, il faudrait qu'il y ait un grand

mouvement, comme une initiative fédérale, et que les grands partis prennent le sujet en main, mais il pense qu'il faut bien, à un moment, lancer le mouvement.

La commissaire S indique qu'elle aurait préféré que les pétitionnaires aillent plus loin, et qu'ils fassent une proposition changeant l'ensemble du système, plutôt que d'en prendre une petite partie.

M. Ruchon signale que les pétitionnaires ont essayé d'être réalistes et de trouver quelque chose de raisonnable et qui puisse rallier le plus de personnes possibles.

La commissaire S pense que le système des allocations est vraiment une superposition de couches rajoutées historiquement les unes sur les autres, ce qui le rend incompréhensible. Elle aurait alors préféré tout changer.

M. Ruchon précise que le Conseil fédéral ainsi que les Chambres fédérales vont en arrière lorsqu'il faut faire des changements importants dans les systèmes, alors que les pétitionnaires veulent aller de l'avant.

Un commissaire L remercie les auditionnés pour leur présentation. Le projet amène une simplification cartésienne du système suisse qui, par définition, n'est pas cartésien, puisque fait de couches. Il signale que des prestations complémentaires ont dû être ajoutées à cause de l'état d'évolution du système dans lequel la généralisation des prestations de deuxième pilier a rendu nécessaire cet ajout, à savoir qu'il y ait un complément pour certaines personnes à très bas revenus.

Il ajoute qu'avec la généralisation progressive de la prévoyance professionnelle (deuxième pilier), il peut être imaginé qu'il en aille différemment de cette nécessité des prestations complémentaires. Il rappelle que le mandat fédéral est de couvrir au moins 60% du dernier revenu, grâce aux deux premiers piliers. Il se demande qui ce projet va gêner ou désavantager. Comme le texte propose de changer le système, il y a des gagnants et des perdants. Il demande quelle est l'analyse que les auditionnés font de ces perdants et gagnants.

M. Ruchon répond que, pour les pétitionnaires, ce sont les besoins qui sont déterminants. Il souligne donc que s'il n'y a pas de besoin, que la personne peut s'occuper des gestes courants et essentiels de la vie toute seule et qu'elle est dans un environnement favorable, il n'y aura pas d'intervention. Il ajoute que le Conseil fédéral doit pouvoir trouver le juste moyen afin de savoir qui a droit à quoi. Il indique que, peut-être, des personnes auront moins, mais il veut avant tout que ce soit juste.

La présidente remercie M. Ruchon ainsi que M. Creutz pour leur présence ainsi que leur intervention. Elle leur indique qu'ils seront informés du suivi donné à leur pétition. Elle pense que la pétition est dans la bonne commission.

Débats de la commission (séance du 9 octobre 2012)

Un commissaire R relève le fait que l'analyse que les pétitionnaires portent sur la problématique est relativement moderne, analyse consistant à dire qu'il vaut mieux mutualiser les montants existants et donner des moyens objectifs pour soutenir les personnes de manière à ce qu'elles gèrent leur besoins de cas en cas. Il rappelle que leur ambition est bien ciblée, à savoir lancer un débat sur cette question qui consiste à dépoussiérer le système de l'assurance sociale, système qui est très complexe et qui ne sert probablement plus aujourd'hui l'intérêt des bénéficiaires comme il devrait le faire. Il soutient donc ce projet, et il est prêt à avancer dans le sens où la pétition le propose, à savoir envoyer un message de cette nature aux Chambres fédérales sous la forme d'une résolution.

Un commissaire L pense qu'il y a dans la proposition des pétitionnaires un concept qui mérite d'être entendu. Il se demande si ce concept doit être développé et arriver à un remplacement d'une couche du système qui concerne certaines prestations pour les personnes dépendantes. Il indique être emprunté de répondre oui à cette interrogation, car il considère que le niveau d'information est trop réduit et que les chances d'aboutir semblent également faibles. Il indique que Genève ne se caractérise pas seulement par le fait de ne pas être soutenue, pas seulement par le fait d'être désuni, mais aussi par le fait d'être l'un des plus grands utilisateurs de l'adresse à Berne au moyen de différents instruments. Il demande s'il faut faire ce qui est demandé, si cela vaut la peine d'étudier à fond cette pétition, car il précise qu'une étude superficielle ne leur rendrait pas justice, ou s'il ne faudrait pas dire que ce n'est pas le moment de suivre cette idée. Il précise que le Conseil national des anciens et le Parlement ont entendu leur demande mais n'ont rien fait.

Un commissaire MCG pense que lorsqu'une proposition exprime le bon sens, il faut regarder les avantages et les inconvénients de l'analyse du projet qui est demandé. Il indique que les pétitionnaires, qui ont fait une analyse intelligente du problème, demandent à Genève d'être le relai de leurs préoccupation. Il pense que le système de sécurité sociale suisse mériterait un grand dépoussiérage, et il trouve qu'il est grand temps qu'une réflexion beaucoup plus globale soit mise en chantier, réflexion qui prendra certainement beaucoup de temps, mais qu'il serait mieux de commencer rapidement.

Il explique qu'il y a des incongruités dans le système de sécurité sociale dues à son histoire, comme par exemple le fait que l'AA, par rapport à l'AI, offre des prestations différentes, car lorsque le Parlement a adopté la LAA la conjoncture était certainement meilleure. Il pense que le système de sécurité sociale ne devrait pas être conçu en fonction des destinataires, mais en

fonction du type de besoin d'une personne à un moment particulier. Il faut laisser de côté les profiteurs, car il y en a toujours dans un système, profiteurs qui sont une minorité et qu'il faut déceler et sanctionner. Mais il souligne qu'il y a des personnes qui, à un moment donné de leur existence, ont besoin de traitements médicaux et qu'il n'y a pas de raison de prêter les uns par rapport aux autres selon l'origine de ce besoin. Il pense que lorsqu'il y a un besoin réel, la société doit y répondre.

Il indique que la pétition parle d'une petite partie du système de sécurité sociale, mais que la question semble assez importante. Il pense que les termes sont significatifs, et il trouve bien cette proposition de changer « allocations d'impotence » en « allocation d'autonomie ». Il faut que quelqu'un commence la discussion sur cette question, même si Berne dit ensuite non. Il souligne que les pétitionnaires sont réalistes, n'attendent pas de miracle et ont une conscience lucide du système politique, ainsi que des obstacles qu'il faut franchir lorsqu'on est Genevois, et que de bonnes idées sont apportées à Berne.

La commission doit aux pétitionnaires d'amener plus loin leur idée, peut-être sans illusion, mais avec la conviction que l'idée est bonne et qu'elle mérite d'être examinée. Un postulat à Berne serait peut-être la forme la mieux à même de répondre à leurs préoccupations, afin que le Conseil fédéral mette sur pied une analyse de la question. Le sujet mérite d'être traité, et il soutiendra la pétition.

Un commissaire PDC trouve que cette pétition d'allocation universelle d'autonomie mérite d'être traitée par la commission et que cette dernière en fasse une résolution. Il faut définir les degrés d'impotence avec les outils adéquats. Cette pétition est très intéressante et permet de dépoussiérer les différentes possibilités actuelles d'allocations dans ces différentes assurances sociales. Il soutient donc cette pétition.

La présidente précise qu'un postulat ne peut pas être fait, mais que les propositions vont dans le sens de faire une résolution.

Une commissaire Ve indique que si, sur le fond, les questions posées, ainsi que les réponses obtenues étaient intéressantes et pertinentes, il lui semble cependant que ce qui est directement proposé par la pétition ne correspond peut-être pas aux objectifs actuels. Certaines propositions datent de 1999, et la situation a un peu évolué. Si la commission décidait de soutenir la démarche des pétitionnaires, il serait bien que les commissaires fassent des auditions afin de vraiment voir et comprendre la situation actuelle, ainsi que de savoir quelle serait la manière pour répondre de la façon la plus pertinente possible.

Son souci est que Genève n'envoie pas encore un objet à Berne qui serait totalement décrédibilisé alors que le sujet est important. Il serait bien que la commission se penche pendant plusieurs séances sur le sujet, avec des auditions, afin de proposer quelque chose de réellement adapté à la situation.

Une commissaire S souligne avoir également été très sensible à l'aspect du nom, et elle trouve que la terminologie, notamment dans l'assurance invalidité, est assez terrible. Mais elle précise que cette terminologie est en train de changer avec le nouveau droit de la protection de l'adulte. Concernant la pétition, elle regrette presque que la réflexion ne soit pas allée plus loin, car tout ce système fait de couches superposées est devenu absurde, et changer juste une couche ne résout pas tous les problèmes.

Il serait intéressant d'avoir des auditions, afin de voir s'il y a matière à faire une proposition, à savoir celle de la pétition ou une proposition un peu différente. Il serait donc intéressant d'avoir l'avis du département et celui des personnes spécialistes des assurances sociales suisses, comme Mme Béatrice Despland qui apporterait son éclairage sur le système et sur ce type de proposition, ce qui pourrait être très intéressant.

Un commissaire R indique que c'est effectivement une problématique importante. Si cette résolution est envoyée telle qu'elle, même avec le soutien de la Commission des affaires sociales, il est certain qu'elle aura un classement vertical. Il indique être tout à fait d'accord avec l'audition de Mme Despland, mais il aimerait également que le département, comme Genève est un gros consommateur de prestations sociales en tous genres, donne son impression aux commissaires quant à la faisabilité de ce toilettage des différentes allocations d'impotence, afin de savoir si cela apportera quelque chose aux bénéficiaires et si cela apportera quelque chose à l'administration.

Si la commission poursuit ces travaux et veut envoyer à Berne quelque chose de consistant et qui soit lu, il faut qu'il y ait une sorte d'étude de faisabilité. La commission peut tout à fait interroger Mme Despland qui est très compétente dans ce domaine, mais il propose que la Commission laisse du temps au département, pour que ce dernier, dans les deux ou trois mois qui viennent, puisse donner son avis à la commission et regarde que ce que cela impliquerait en particulier au niveau financier.

Un commissaire R pense qu'il faudrait adopter une méthode de travail qui soit claire, afin de savoir si c'est la commission qui fait complètement le travail pendant deux ans, ou bien si cette dernière envoie des questions précises dans le cadre d'une résolution aux Chambres fédérales, auquel cas c'est sur la formulation des questions que les commissaires doivent se

concentrer, à savoir autant sur la forme que sur le sens des questions. Il préférerait travailler sur une courte période afin de transmettre de la façon la plus claire possible la problématique aux Chambres fédérales.

M. Bretton signale aux commissaires qu'il revient avec plaisir dans cette commission. Il indique que, durant cette séance, il y a eu des questions extrêmement importantes par rapport à un problème éminemment actuel qui est celui de la couverture dépendance au sens large. Il rappelle que des députés avaient déposé une motion (M 1867) qui s'apparente passablement à cette notion de trouver une assurance dépendance qui permette de favoriser le financement des séjours en EMS.

Le Conseil d'Etat, continue-t-il, a déposé un rapport cet hiver en disant qu'il allait étudier cette question-là. Il indique que la conclusion du Conseil d'Etat est qu'il faut aujourd'hui un système de neutralité des coûts pour la mise en place de paliers de fortunes différents dans les prestations complémentaires, afin de protéger les questions d'héritage et les question de cession de patrimoine entrepreneurial ou immobilier. Il signale que le système n'est pas neutre, puisque si toute une série de personnes veulent être rendues éligibles dans le système des prestations complémentaires avec un changement de plafond, il faudrait 6 000 000 CHF à 8 000 000 CHF de prestations complémentaires à entrevoir pour arriver à l'objectif de la motion.

Il indique que le Conseil d'Etat va proposer une deuxième piste, à savoir celle d'utiliser les déductions fiscales qu'il y a dans la LIPH, de façon à rendre possible cette assurance dépendance facultative. Le département travaille beaucoup avec M^{me} Despland qui est une experte en assurances sociales suisses, et qui avait dit au département qu'il n'y a pas aujourd'hui de disposition dans le droit fédéral ou cantonal pour inclure une assurance dépendance obligatoire. Cette assurance facultative ne permet donc pas de savoir combien de personnes iront souscrire à une telle assurance où il y a 67 CHF de primes dès 65 ans pour prétendre à un capital de 1 000 CHF par mois lorsque la personne est considérée comme dépendante.

M. Bretton trouve que le Conseil des anciens a donné des éléments extrêmement intéressants, comme par exemple l'allocation depuis la naissance jusqu'à la fin de vie. Il rappelle qu'aujourd'hui, les allocations d'impotence sont financées par la Confédération. Il signale qu'il y a 30% à 40% des résidents EMS genevois qui ont des allocations d'impotence, alors que dans d'autres cantons, ces pourcentages sont de l'ordre de 70% à 75%. A Genève, il n'y a donc pas suffisamment d'allocations d'impotence qui sont sollicitées, allocations financées par l'AI et l'AVS. Les allocations d'impotence dans le domaine du handicap doublent par rapport à celles de l'AVS. Il faut donc utiliser l'argent que donne la Confédération, ce qui est

très important dans le cadre des prestations complémentaires, de façon à alléger la facture cantonale, puisque le canton comble, dans les prestations complémentaires, la différence entre les revenus de la personne (y compris les allocations d'impotence) et le coût réel en EMS ou institution pour personnes handicapées. La notion d'une assurance dépendance générale qui inclut la problématique de cette séance est extrêmement importante.

Il pourrait donner aux commissaires un document très intéressant qui vient d'être produit par la Fédération des caisses cantonales de compensation, qui montre que cette problématique est nationale et qui propose une réforme complète du système de prestations complémentaires, car ce système a atteint ses limites. Il rappelle qu'il y a 540 000 000 CHF qui sont dépensés à Genève en prestations complémentaires AVS et AI dont, depuis la péréquation financière, que 100 000 000 CHF qui sont payés par la Confédération. Si la commission décidait de poursuivre les travaux, il ferait suivre ce document aux commissaires, documents qui contient une perspective de la prise en charge de la dépendance en lien avec l'évolution démographique, le vieillissement de la population et la situation financière.

Audition de M^{me} Beatrice Despland, juriste au DGAS/DES (séance du 16 octobre 2012)

M^{me} Despland rappelle que la pétition porte sur l'instauration d'une allocation d'autonomie. Il y a une contradiction entre le titre de cette pétition et le contenu du texte de cette dernière. En effet, les auteurs affirment qu'ils ne veulent en aucun cas une nouvelle prestation de l'assurance sociale, car leur demande tend à harmoniser les prestations des allocations pour impotence existantes de l'AVS et de l'AI, alors que le texte demande bel et bien une nouvelle prestation. Cette nouvelle prestation est fondée sur un nouveau principe, à savoir la finalité du besoin (et non la causalité qui est le principe de l'assurance sociale), qui serait assorti d'un nouveau financement (par la fiscalité) et qui serait gérée par un organe indépendant de l'AVS/AI. Elle souligne qu'il y a donc une demande de nouvelle prestation sociale qui serait tirée des prestations pour impotence actuelles de l'AVS et de l'AI.

M^{me} Despland indique que les auteurs de la pétition invoquent le contenu d'un rapport du Conseil fédéral de 1999. Dans la politique sociale en général, ainsi que dans les assurances sociales, 1999 est déjà très vieux. Ce rapport répondait à une demande de la Commission de la sécurité sociale du Conseil national, demande qui faisait elle-même suite à une initiative des années 1970. Ce rapport est extrêmement intéressant, mais elle indique qu'il faut le replacer dans son contexte pour en retirer quelque chose. Le Conseil fédéral

a, en 1999 et après avoir auditionné les experts, dit premièrement que les allocations pour impotent, qui prennent en considération la dépendance des personnes fragiles et de tout âge, sont disparates, deuxièmement qu'il n'y a pas d'harmonisation entre l'AVS et l'AI et troisièmement, qu'il n'y a pas d'allocation pour impotent de degré faible pour l'AVS, ce qui était exact à cette époque. Le Conseil fédéral a donc appuyé la position des experts en disant qu'il fallait faire un effort dans ce sens. Elle indique que les auteurs de la pétition sont restés sur ce rapport en critiquant le système actuel, et cela est injuste envers la situation juridique et sociale d'aujourd'hui.

M^{me} Despland rappelle aux députés trois grandes étapes du développement des assurances sociales qui ont directement influencé les allocations pour impotent en modifiant ces dernières. Premièrement, la 4^{ème} révision de l'AI en 2004 a introduit une adaptation des allocations pour impotent pour les personnes séjournant à domicile. Les allocations pour impotent ont été doublées pour ces personnes, répondant ainsi à une attente légitime, à savoir le maintien de ces personnes à domicile. Sur ce point-là, la critique de la pétition n'a plus lieu d'être. Deuxièmement, le financement des soins de la LAMal en 2008 a été une étape importante qui est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2011. Le Conseil fédéral traite, dans son message du 12 février 2005 concernant le nouveau système de financement des soins, cette question de l'indépendance. Elle indique qu'il n'est pas simple de coordonner la LAMal avec les allocations pour impotent, mais elle précise qu'il y a un volet important dans la LAMal consacré à la prise en charge de la dépendance.

Elle ajoute que le Conseil fédéral a déclaré en 2005 que le peuple ne voulait pas d'une assurance dépendance séparée, même si personne ne s'est jamais exprimé très clairement sur ce sujet en Suisse. Cette modification de 2008 a entraîné des changements sur les allocations pour impotent dans l'AVS, répondant à une critique des auteurs de la pétition, à savoir qu'il y a maintenant des allocations pour impotent de degré faible dans l'AVS, ainsi qu'une différenciation du lieu de séjour de la personne bénéficiaire selon qu'elle est à domicile ou dans un home. Troisièmement, il y a eu la 6^{ème} révision de l'assurance-invalidité, rentrée en vigueur au 1^{er} janvier 2012, et qui a introduit des contributions d'assistance. La contribution d'assistance est une prestation qui existe, qui peut se cumuler aux allocations pour impotent et qui est faite pour des personnes vivant à domicile afin de faire un contrat de travail avec une tierce personne qui viendrait les assister. Elle répète que ces prestations sociales existent.

M^{me} Despland regrette que le texte de la pétition n'ait pas été actualisé, car par exemple, il y est fait référence, pour la procédure d'évaluation

d'impotence, aux commissions AI, ces structures-là ayant été remplacées par des services médicaux. Elle répète qu'entre 1999 et 2012 il s'est passé un certain nombre de révisions qui sont allées dans le bon sens, et qu'il y a eu une meilleure reconnaissance et prise en compte de la dépendance, sous forme d'allocations pour impotent modifiées et améliorées ainsi que sous forme des soins de base maintenus dans la LAMal.

M^{me} Despland pense que ce texte va dans le sens d'une instauration d'une prestation autonome, mais elle précise que si une prestation autonome veut être instaurée, il faut alors entrer la réflexion dans le système actuel. Si le canton de Genève entendait user de son droit d'initiative fédérale, à son avis, cela ne pourrait aller que dans le sens d'une assurance dépendance. Elle signale qu'il est intéressant que les auteurs de la pétition évoquent des systèmes d'assurance dépendance étrangers, évocation qui n'est malheureusement pas exhaustive. Elle indique, par exemple, que le système du Luxembourg pourrait valablement être évoqué, car les réflexions qui y ont été menées pourraient inspirer la Suisse. Elle répète qu'il faudrait donc aller dans le sens d'une assurance dépendance.

M^{me} Despland donne un avis personnel. Elle pense qu'il sera inéluctable d'arriver un jour à une assurance dépendance, compte tenu du vieillissement de la population, et compte tenu de l'évolution des différents régimes des assurances sociales, ainsi que de l'évolution spécifique du régime des prestations complémentaires. Et elle pense donc que ces réflexions-là devront être menées. Savoir si c'est Genève qui doit commencer la discussion sur ce sujet, indique-t-elle, est une question politique.

Un commissaire MCG remercie M^{me} Despland pour ses explications. Il demande si l'assurance dépendance devrait se substituer à toutes les allocations d'impotence placées dans les différentes législations.

M^{me} Despland répond que cette assurance partirait de la problématique dépendance, qui est l'impotence. Mais elle ajoute que cela ne pourrait pas s'arrêter à un aménagement des prestations d'impotence, parce qu'il faut prendre en considération les prestations de l'assurance-maladie. Elle répète que cette dernière contient des prestations qui sont spécifiquement axées sur la dépendance, à savoir les soins de base. Elle ajoute qu'après cela, il peut y avoir des modulations, comme par exemple prendre en charge dans ce régime les dépendances de toutes les personnes, de la naissance jusqu'au décès. Elle pense que, en partant du volet des allocations pour impotence, cela demandera une refonte.

Le commissaire MCG demande si la coordination entre les soins de base et l'allocation pour impotence est réglée de manière législative.

M^{me} Despland répond qu'elle trouve que c'est le point noir dans ce système, système qui est assez complet. Il est vrai, continue-t-elle, que le Tribunal fédéral n'a pas bien réglé la question à l'époque et avait des difficultés à la faire, notamment en ce qui concerne les allocations pour impotent pour les personnes qui séjournent en EMS, cette situation restant un problème. Avec les aménagements apportés dans la 6^{ème} révision de l'AI, la question devrait être partiellement réglée pour les personnes séjournant dans des homes, mais pour les personnes à domicile, la question reste entière.

Il y a un problème de coordination à régler. Les soins de base sont contenus dans l'OPAS et elle pense, que l'OFSP a outrepassé sa compétence en inscrivant les soins de base dans l'OPAS, car ce ne sont pas des prestations de soins de traitements. C'est donc un problème réglementaire, mais il faudra être très prudent pour ne pas supprimer ces prestations dans l'assurance-maladie sans avoir toutes les garanties qu'elles pourront être dispensées aux personnes qui en ont besoin, car l'allocation pour impotence est plus délimitée que celle pour les soins de la LAMal. Elle répète qu'il y a donc un réel problème au niveau du droit fédéral, problème qui n'a pas été traité dans la révision du financement des soins.

Une commissaire Ve rappelle que les auditionnés de la semaine précédente ont relevé l'inégalité de traitement qu'il y aurait entre les personnes dépendantes qui sont à l'AI et celles qui sont à l'AVS, par exemple au niveau des appareillages. Elle demande s'il y aurait un moyen de pouvoir compenser cette inégalité au niveau fédéral et si cela vaudrait la peine de n'avoir qu'une seule assurance dans laquelle il y aurait ensemble la SUVA, l'AI et l'AVS pour donner les prestations.

M^{me} Despland répond, par rapport à l'inégalité entre l'AVS et l'AI, que c'est exact, mais elle ajoute que cela est voulu. L'assurance invalidité est branchée sur le marché du travail avec, comme fondement, le retour au travail. Elle précise que, subsidiairement, pour la personne qui ne peut pas se réinsérer, il y a un droit à la rente. Il y a, dans l'AI, une liste relativement large pour les personnes qui sont susceptibles d'être réintégrées, et qu'il y a, à l'intérieur de l'AI également, des différences dans les moyens auxiliaires selon si c'est une mesure d'accompagnement pour un retour au travail ou bien s'il y a un arrêt définitif de l'activité lucrative. Cette différence se marque encore plus avec l'AVS, puisqu'en principe, avec l'AVS, les personnes se retirent du marché du travail. Ce sont deux philosophies différentes. Elle indique que cela serait donc toute la philosophie de ces deux assurances qu'il faudrait repenser pour avoir une égalité de traitement, et elle ajoute ne pas être certaine que cela serait très pertinent de le faire. Par contre, une réflexion pourrait être menée sur la liste des moyens auxiliaires, compte

tenu de l'espérance de vie des personnes à la retraite ainsi que de leur mode de vie, afin de dépoussiérer et améliorer cette liste. Elle ne pense pas qu'il faudrait aller jusqu'à égaliser les deux assurances.

M^{me} Despland indique, concernant la deuxième question de la commissaire Ve, que la LAA a des règles un peu différentes, et elle répondrait que, en matière de soins pour les personnes, elle ne changerait rien à la LAA, loi beaucoup plus large et souple que les systèmes de la LAMal, l'AVS et l'AI. L'AVS et l'AI peuvent être harmonisées dans la mesure du possible, car ce sont deux systèmes qui fonctionnent ensemble. Elle indique que la LAA est aussi un régime professionnel pour des personnes salariées. Les prestations sont à nouveau orientées pour le retour à l'emploi. Elle n'est pas sûre qu'il faille vraiment à tout prix arriver à dire que l'allocation d'impotence de la LAA doit être la même que l'AI et l'AVS. Les différences entre les régimes sont justifiées, car le régime de la LAA est un régime spécifique, et elle ne pense pas que c'est là qu'il y aurait de grandes sources d'inégalités. C'est une réflexion qui peut être menée afin de voir s'il faut éventuellement toucher la LAA, mais c'est un régime qu'elle mettrait assez volontiers à part.

Un commissaire R remercie M^{me} Despland pour ses explications. Il demande si cette démarche, qui va inéluctablement vers une assurance dépendance, pourrait conduire à une meilleure équité d'attribution des moyens dans les situations de handicap pour les personnes de tout âge. Il demande si cette démarche pourrait également amener à une simplification des procédures en termes de charges administratives.

M^{me} Despland répète, par rapport à la première question, qu'elle a indiqué que la situation ira inéluctablement vers une assurance dépendance, et qu'il faudra réfléchir à une telle assurance, quitte à dire que la Suisse n'en veut pas parce que d'autres solutions sont possibles. Mais elle souligne, par rapport à cette discussion, que l'on ne pourra pas en faire l'économie. Cela amènera plus d'équité, et elle signale que le choix que devra faire la Suisse sera un choix qui porte sur le financement.

Elle a trouvé quelque chose de fascinant dans le système du Luxembourg, à savoir que ce dernier a choisi des modalités tripartites de financement : il y a à la fois des fonds publics, à la fois un prélèvement de cotisations sur les revenus, et à la fois le prélèvement d'une taxe sur l'énergie pour l'assurance dépendance. L'avantage d'un système qui va de la naissance à la fin de vie est qu'il y a une continuité dans la prise en charge, et que c'est véritablement le phénomène de dépendance qui est pris en compte. Elle souligne que les résultats de ce système luxembourgeois sont extrêmement satisfaisants, et plus satisfaisants que le système allemand qui lui, par exemple, est rattaché à

l'assurance-maladie et qui a très vite atteint ses limites. Elle est donc intimement convaincue que la réflexion porte sur un phénomène de société. Elle signale qu'il faudra faire attention au financement afin d'éviter les surcharges dans l'assurance-maladie ainsi qu'également éviter d'exacerber le problème intergénérationnel, à savoir les jeunes qui doivent payer pour le phénomène de la dépendance.

M^{me} Despland indique, par rapport à la deuxième question, que la simplification des procédures dépendra du modèle choisi. Elle explique que si le modèle est lié à l'assurance-maladie et qu'il y a une reprise des catégories de dépendance de l'AVS, de l'AI et de LAA, il y aura une autre approche et il y aura donc une simplification des procédures administratives.

Le commissaire R indique qu'il pourrait être imaginé, en termes financiers, que les montants alloués à l'aide à la dépendance des différents régimes d'assurances (accident, maladie, invalidité et vieillesse) pourraient être répartis sans qu'il y ait pour autant des montants supplémentaires à allouer.

M^{me} Despland est d'accord et indique que cela ne devrait pas coûter plus. Elle ajoute qu'il y a toute une réflexion à amener sur les prestations complémentaires auxquelles une importance considérable a été donnée en 1995 en les inscrivant dans la Constitution fédérale. Ces prestations complémentaires sont devenues un vrai « pilier » des assurances sociales et se transforment en véritable assurance de soins. Ces prestations complémentaires jouent un rôle croissant, surtout pour les personnes en EMS.

Un commissaire L remarque que les solutions étrangères ne sont pas nombreuses actuellement, et il rappelle que les solutions de financements sont diverses (taxe sur l'énergie, TVA,...) et que certaines sont plus efficaces que d'autres. Il signale également qu'il y a en Suisse l'idée d'un frein à l'endettement dans le domaine des assurances sociales, et il indique que cela pourrait également venir sur le devant de la scène. Il demande si les prestations complémentaires AVS n'avaient pas également une fonction de comblement d'une insuffisance du revenu, en raison du développement des prestations du 2^{ème} pilier qui n'avait pas déployé tous son effet. Si tel était le cas, continue-t-il, la conséquence qu'il pourrait y avoir, dans l'idée d'un équilibre global, est que ce qui ne serait plus utile d'un côté pourrait être mis à disposition d'un autre, à savoir pour des prestations d'autonomie.

M^{me} Despland explique que les prestations complémentaires, qui datent de 1965, ont été mises sur pied dans les dispositions transitoires de la Constitution afin de permettre de remplir le mandat constitutionnel qui concernait l'AVS et l'AI tant que les rentes de ces deux assurances ne

permettaient pas de couvrir les besoins vitaux. Elle ajoute que, en 1995, le Conseil fédéral a déterminé qu'il fallait réinterpréter la volonté populaire inscrite dans la base constitutionnelle et considérer que, pour des raisons économiques, les rentes de l'AVS et de l'AI ne pourraient pas couvrir les besoins vitaux toutes seules. En 1995 il a donc été dit, continue-t-elle, que le mandat constitutionnel pourrait être rempli seulement avec le cumul des prestations complémentaires. Elle souligne que cela a conduit à la consécration des prestations complémentaires dans la Constitution au même titre que les rentes AVS/AI. Elle signale donc que, à l'origine, la réflexion n'a pas été faite en termes de 2^{ème} pilier, mais plus en termes de mandat constitutionnel non rempli. Elle ajoute que le nombre des bénéficiaires de rentes AVS a diminué par rapport aux bénéficiaires de rentes AI, ce qui montre l'influence du 2^{ème} pilier par rapport aux bénéficiaires de rentes AVS. Elle souligne qu'il y a donc de moins en moins de rentiers pauvres. Elle pense qu'un transfert d'une partie de ces prestations pourrait être fait.

Le commissaire L demande s'il n'y avait pas un mandat pour obtenir 60% du revenu du travail entre le 1^{er} et le 2^{ème} pilier.

M^{me} Despland répond que ce chiffre ne figure nulle part, mais elle précise que tout le système a été fait sur la présomption que le cumul des rentes des 1^{er} et 2^{ème} piliers permettrait la couverture de 60% du revenu antérieur.

Le commissaire L indique que c'est dans cette hypothèse-là, par la généralisation du 2^{ème} pilier, qu'il pourrait être dit que les prestations complémentaires AVS comme complément du revenu devraient être moins nécessaires pour une bonne partie des personnes concernées, à savoir celles qui auraient eu des emplois à temps plein, et que pour les personnes pour qui les prestations complémentaires ne sont plus nécessaires, une masse d'argent à prélèvements égaux pourrait être disponible pour faire autre chose.

M^{me} Despland indique que cela aurait pu être créé à plusieurs reprises, comme à la 10^{ème} révision de l'AVS qui a introduit le partage des revenus et qui a permis à de nombreuses familles divorcées après des années de mariage sans activité lucrative de sortir de la pauvreté au moment de l'AVS, et d'échapper aux prestations complémentaires. Elle signale que c'est une révision sociale qui aurait permis ce transfert des prestations complémentaires économisées vers un autre régime.

Un commissaire PDC demande s'il est adéquat, sur le plan juridique, d'envoyer un message aux Chambres fédérales et si une résolution aurait un sens sur le plan de la réflexion.

M^{me} Despland demande quel contenu la commission donnerait à cette résolution.

Le commissaire PDC répond que des éléments de l'audition de M^{me} Despland pourraient être repris, que des réflexions sur l'effort à faire par rapport à la coordination pourraient être proposées et qu'il devrait y avoir une réflexion de fond quant à cette assurance dépendance.

M^{me} Despland pense que le texte de la pétition ne peut pas être utilisé tel quel pour aller à Berne. Elle trouve que poursuivre une réflexion sur cette question-là est une bonne idée, mais elle se demande si c'est le bon moment pour entamer une telle réflexion, alors que la 6^{ème} révision vient d'entrer en vigueur. Elle indique qu'il serait intéressant d'avoir une meilleure vision de ce qui s'est passé avec ces contributions d'assistance afin de voir ce qu'elles n'ont pas apporté et pour quel type de population. Elle trouve donc le timing peu approprié, et elle pense qu'il serait plus pertinent d'attendre les premières évaluations de la contribution d'assistance, ce qui permettrait d'étayer une résolution allant dans ce sens-là.

Suite des débats de la commission (séance du 16 octobre 2012)

Un commissaire L propose le dépôt de la pétition sur le bureau du Grand Conseil. Il précise qu'il ne fait pas cette proposition parce qu'il ne partage pas les préoccupations des auteurs, mais parce que leur proposition est inopérante et que les propos de M^{me} Despland ont illustré ce fait sous plusieurs angles.

Un commissaire MCG indique que les propos de M^{me} Despland l'ont convaincu qu'il fallait prendre le problème par un autre angle et qu'il est d'accord avec cette proposition. Il signale avoir des scrupules par rapport à l'exercice de certains droit populaires, parce qu'il pense que les pétitionnaires ont fait cette pétition avec conviction et que les commissaires avaient conclu que le problème était réel. Il se demande s'il ne pourrait pas y avoir un retour auprès de ces personnes pour leur expliquer la proposition de la commission. Il pense qu'il est important que les personnes qui s'adressent à l'Etat et au Parlement pour leur demander quelque chose, comprennent les décisions prises. Il trouve qu'une demande de dépôt pourrait être interprétée comme une considération de dédain à l'égard de ce qui a été déposé, ce qui n'est pas le cas.

La présidente indique que, si la décision de dépôt est approuvée, le texte sera disponible sur le Mémorial, ce qui répondra aux pétitionnaires.

Un commissaire UDC approuve la proposition de dépôt sur le bureau du Grand Conseil.

Un commissaire R est d'accord sur la proposition de dépôt. Il se demande cependant si une pétition peut être gelée, auquel cas la pétition pourrait peut-

être être gelée durant une ou deux années en attendant de voir si la révision de l'AI apporte quelque chose. Il ajoute qu'une lettre pourrait être envoyée aux pétitionnaires pour leur expliquer la situation. Il se demande si cela n'est pas plus élégant auprès des pétitionnaires.

La présidente indique qu'une pétition peut être gelée, mais elle précise que s'il y a gel, aucune réponse ne peut être apportée aux pétitionnaires puisqu'aucune position n'est prise. Elle rappelle que les pétitionnaires attendent depuis quelques temps déjà.

Une commissaire Ve indique que les Verts sont pour le dépôt de la pétition. Elle rappelle que si cette option est choisie, il y a un rapport qui est formulé, et elle pense que le rapport pourra leur être envoyé avec une explication. Elle indique être contre le gel de cet objet, ce qu'elle ressentirait comme une marque d'irrespect. Elle signale que le rapport pourrait mentionner l'intérêt de la commission pour les questions. Elle demande si cela ne vaudrait pas la peine que la commission demande à ce qu'il y ait ce processus d'évaluation pour la nouvelle révision (contributions d'assistance) qui soit mis en place par le biais d'une résolution, ce qui pourrait intéresser tous les parlementaires.

Le commissaire L rappelle qu'il y a trois traitements possibles pour une pétition, dont un qui correspond au désaccord de fond, à savoir le classement. Il indique que les deux autres traitements correspondent soit à une opérationnalisation possible, à savoir le renvoi au Conseil d'Etat, soit à une réponse polie et qui semble appropriée dans ce cas-là, à savoir le dépôt. Il pense qu'une copie du rapport peut être envoyée aux pétitionnaires pour que ces derniers soient informés de la suite qui a été donnée à la pétition. Il ne pense pas que la solution du gel est appropriée, parce qu'il ne pense pas qu'en une année ou deux la révision de l'AI sera telle qu'un changement fondamental pourra être constaté. Il trouve qu'il est plus attentionné de prendre une décision durant cette séance que ne pas prendre de décision et de geler. Il rappelle que si la pétition est gelée, il n'y a pas de rapport et que les pétitionnaires ne peuvent pas savoir l'issue de l'objet.

Un commissaire R indique qu'il a été très bien éclairé par les explications de M^{me} Despland. Il indique s'être demandé pourquoi les pétitionnaires ne se sont pas entourés des personnes compétentes pour formuler cette pétition, parce qu'il a le sentiment que la finalité de leur proposition était claire et intéressante à soulever, mais que tout le cheminement, ainsi que les références, étaient obsolètes. Il signale être d'accord avec le dépôt, et il pense que dans le rapport qui sera fait, il faudra que toute l'argumentation de M^{me} Despland soit mentionnée avec les possibles voies à suivre.

Une commissaire S signale qu'il faut effectivement répondre à cette pétition. Elle trouve que c'est une excellente idée d'envoyer le rapport aux pétitionnaires avec un courrier, mais elle pense que c'est un égard qui devrait être fait systématiquement envers les pétitionnaires. Elle indique qu'elle est d'accord avec le dépôt, mais pour autant que le rapport mette bien en évidence ce qu'a dit M^{me} Despland, à savoir qu'il y a effectivement un problème mais qu'il faut peut-être attendre l'évaluation de la révision.

Une commissaire S pense également que le rapporteur devra avoir la finesse de faire attention au vocabulaire employé. Elle insiste sur le fait qu'il faudra se tenir au délai pour rendre le rapport. Elle pense que, outre le fait d'envoyer le rapport du dépôt, idée qu'elle soutient également, une bonne manière de montrer que la commission s'est intéressée à la problématique est de faire une résolution de commission afin de demander l'évaluation de ces contributions d'assistance au niveau fédéral, et de montrer que la commission a vu où les possibles problématiques actuelles pouvaient se trouver. Elle indique être d'accord avec le fait de noter dans le rapport l'argumentation de M^{me} Despland ainsi que l'intérêt de la commission pour le sujet.

Un commissaire PDC demande l'opinion du département par rapport à cette proposition de résolution.

M. Bretton pense qu'il est un peu prématuré de demander cette évaluation actuellement, car il indique qu'il n'y a pas aujourd'hui le recul suffisant pour faire une bonne critique des points positifs et négatifs apportés par la révision. Il signale que, au moment venu, il faudra effectivement faire cette évaluation.

La commissaire S demande s'il y a un processus d'évaluation indiqué dans le texte de loi.

M. Bretton répond que dans tout texte social il y a un système d'évaluation afin de pouvoir rectifier le tir après coup.

La commissaire S demande si une résolution serait alors quand même nécessaire.

La présidente indique que les commissaires peuvent garder cette idée en tête afin de faire une résolution d'ici deux ans si aucune évaluation n'a été faite.

Une commissaire Ve signale que pour une ancienne révision de l'AI, il n'y avait pas eu d'évaluation, car rien n'était noté dans la loi.

La présidente met aux voix le dépôt au bureau du Grand Conseil de la P 1786.

Oui : 14 (2S ; 2Ve ; 2PDC ; 2R ; 3L ; 1UDC ; 2MCG)

Non : –

Abst. : –

Le dépôt au bureau du Grand Conseil de la P 1786 est accepté à l'unanimité.

La présidente demande si la commission est d'accord avec la proposition d'envoyer le rapport qui sera déposé aux pétitionnaires avec un courrier.

La présidente indique qu'elle ne fait pas voter la proposition de gel, puisque la commission a accepté le dépôt. Elle indique qu'elle ne fait également pas voter la proposition de résolution afin de demander le processus d'évaluation de la nouvelle révision, car il a été dit que cela était prématuré. Elle répète aux députés de garder cette idée en tête, afin que, d'ici deux ans, si aucune évaluation n'a été faite, cette résolution soit formulée par la commission.

M. Bretton indique que le document que les commissaires ont reçu illustre bien toute la problématique discutée par la commission ainsi que la problématique des prestations complémentaires. Il indique que ce document traite de questions éminemment présentes et qu'il est très intéressant. Il pense qu'il faut que les commissaires gardent ce document en ligne de compte lors des choix politiques touchant ce sujet, et pour les questions de financements, par exemple, touchant également ce sujet.

En conclusion :

La Commission des affaires sociales s'est penchée avec intérêt sur le texte de cette pétition qui traite du sujet très important de la dépendance. L'idée d'instaurer une allocation unique d'autonomie qui aurait réuni les prestations de dépendance contenues dans les différentes assurances sociales avec un souci d'harmonisation et d'équité entre les personnes dépendantes d'âge AVS ou non, a, dans un premier temps convaincu la commission de l'intérêt à poursuivre les travaux sur ce texte. L'audition d'une spécialiste des assurances sociales et du département, ont néanmoins convaincu l'ensemble de la commission que, si cette pétition soulevait une problématique réelle, la solution des pétitionnaires était inadéquate et que les pétitionnaires n'avaient pas tenu compte des changements législatifs survenus dans ce domaine depuis 2000, en particulier dans ceux de l'AI et de la LAMal, et dont les effets doivent être encore évalués

La Commission des affaires sociales vous recommande donc, Mesdames et Messieurs les députés, d'accepter le dépôt de la pétition 1876 sur le bureau du Grand Conseil.

Annexes :

- *Rapport du Conseil fédéral sur la prise en charge des prestations de soins et d'encadrement social en cas de dépendance du 13 janvier 1999*
- *Document de la de la Conférence des caisses cantonales de compensation sur les prestations complémentaires à l'AVS/AI*

Pétition

(1786)

en vue d'obliger le Grand Conseil et le Conseil d'Etat du canton de Genève à user du droit d'initiative fédérale leur appartenant pour qu'une allocation d'autonomie pour les personnes dépendantes soit instaurée en Suisse

N.B. 5 signatures

p.a Conseil des Anciens de Genève

M. Eric Sublet

Président

48, Montchoisy

Case postale 6212

1211 Genève 6

1105 / 08.10.11
 D. Montani
 distribué au réseau
 du 7/11/2011

Rapport

sur la prise en charge des prestations de soins et d'encadrement social en cas de dépendance

(donnant suite au postulat de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national du 22 oct. 1993 93.3530 Postulat CSSS-CN (92.442) AVS plus)

du 13 janvier 1999

Motif

A la suite de l'initiative parlementaire Tschopp du 30 novembre 1992 "AVS plus" (92.442), la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-CN) a prié par voie de postulat le Conseil fédéral de rédiger un rapport sur la problématique évoquée par l'initiative et d'énumérer les diverses solutions envisageables¹.

1 Problématique

11 Questions soulevées par l'initiative Tschopp

L'initiative parlementaire Tschopp à laquelle se réfère le postulat de la CSSS-CN demandait l'institution d'une assurance fédérale, indépendante de l'assurance-maladie, pour la prise en charge des frais sanitaires et d'encadrement social liés au grand âge (75 ans et plus), en raison de la progression des coûts imputables au vieillissement de la population.

Par son intervention, l'auteur de l'initiative soulevait la question de la solidarité entre générations et celle de la répartition de la charge financière entre différentes entités publiques et privées. La Commission a repris ces considérations dans son rapport du 28 avril 1994². Ces aspects seront développés ci-dessous, après une évaluation de l'offre et de la demande de prestations en cas de dépendance et de l'évolution des besoins.

12 Etat actuel de la question

121 Modification du contexte en raison de la LAMal

L'entrée en vigueur le 1er janvier 1996 de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal; RS 832.10) a apporté des changements dans la prise en charge des soins de santé. Par rapport à la situation qui prévalait lors du dépôt de l'initiative, la solidarité entre les générations a été renforcée avec le système de prime

¹ 93.3530 Postulat C.S.S.S.-C.N. (92.442) AVS plus, BO 1994 N 593.

² BO 1994 N 1377.

unique dans l'assurance obligatoire qui exclut notamment un traitement différencié du risque dû au grand âge.

En outre, le catalogue de prestations de la nouvelle loi offre la même couverture aux soins médicaux, qu'ils soient fournis en milieu hospitalier, de façon ambulatoire ou encore à domicile. Par contre, le nouveau droit s'adresse exclusivement aux prestations de caractère médical: les services sous forme d'encadrement et d'assistance qui sont mentionnés dans l'initiative ne tombent pas dans le champ de l'assurance-maladie obligatoire.

122 Travaux et sources

Les conséquences de l'évolution démographique sur la santé publique, la solidarité entre générations et la couverture de la dépendance ont fait l'objet de nombre de travaux ces dernières années, notamment dans le cadre du PNR 32 "Vieillesse". Pour ne mentionner que les rapports récents (postérieurs à l'initiative parlementaire et au postulat de la Commission) réalisés dans l'administration fédérale ou sur mandat de celle-ci, on retiendra les études suivantes:

Département fédéral de l'intérieur (1995), *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*. Berne: OFAS.

Commission fédérale "Vieillir en Suisse" (1995), *Vieillir en Suisse, Bilan et perspectives*. Berne: OCFIM (sur mandat du Département fédéral de l'intérieur).

Etat-major de prospective de l'administration fédérale (1996), *Le défi démographique: perspectives pour la Suisse. Incidences des changements démographiques sur différentes politiques sectorielles*. Berne: OFS (sur mandat du Conseil fédéral).

Wechsler M., Savioz M. (1996), *Umverteilung zwischen den Generationen in der Sozialversicherung und im Gesundheitswesen*. Forschungsbericht Nr. 4/96. Berne: OFAS (sur mandat de l'OFAS; en allemand uniquement).

Latzel G., Andermatt Ch., Walther R. (1997), *Sicherung und Finanzierung von Pflege- und Betreuungsleistungen bei Pflegebedürftigkeit*. Forschungsbericht Nr. 6/97 (2 Bände). Berne: OFAS (sur mandat de l'OFAS; en allemand uniquement, résumé en français disponible).

La plus grande partie du présent rapport se fonde sur les éléments apportés par cette dernière étude Latzel et al. (1997). Elle offre notamment une estimation de la demande de soins de longue durée et un panorama de l'offre de prestations, des diverses sources de financement, des systèmes en vigueur dans les cantons et des expériences réalisées à l'étranger. Sa portée est, il est vrai, plus large que celle du postulat, dans la mesure où elle ne se limite pas à la population du "4e âge" mais s'intéresse à la dépendance de soins de longue durée en général. Dans sa seconde partie, elle présente la synthèse d'avis d'experts³ sur différents aspects de la question et sur un choix de modèles, dont AVS plus.

³ Les experts consultés sont MM. P. Gilliland, O. Guillod, H.-M. Hagmann, W. Ilg, C. Marazza, E. Reinmann, M. Surbeck, R. Tuor, A. Wagner, F. Wyss.

2 La prise en charge actuelle de la dépendance et son évolution

21 Introduction

La dépendance, dans le sens d'une perte durable d'autonomie dans l'accomplissement des actes courants de la vie quotidienne, s'impose de plus en plus dans les sociétés vieillissantes comme un risque de l'existence. Sa prise en charge, largement socialisée, concerne à la fois le domaine de la politique de la santé (maladie, accident, invalidité) et celui de la vieillesse; elle emprunte différents canaux de financement qui impliquent à divers degrés une redistribution entre les actifs et les personnes âgées, entre les bien-portants et ceux qui sont durablement atteints dans leurs capacités et entre personnes disposant de conditions financières différentes.

22 Besoins, demande et offre

221 Situation actuelle

Le grand âge et la perte d'autonomie (l'impotence, dans la terminologie courante des assurances sociales suisses) engendrent des *besoins* médicaux, paramédicaux et sociaux très divers. Ces besoins ne se confondent pas nécessairement avec la demande de prestations, dans la mesure où les personnes qui les éprouvent ne sont pas toujours en mesure de formuler, personnellement ou par personne interposée, une demande formelle.

Il n'existe pas de données unifiées permettant d'appréhender le nombre de personnes âgées dépendantes et leurs besoins. Latzel et al. (1997)⁴ tentent une approximation de la *demande* en partant de diverses sources statistiques concernant

- les bénéficiaires d'allocations pour impotent⁵
- les résidents de homes
- les bénéficiaires de prestations de soins à domicile
- les bénéficiaires de prestations de longue durée des caisses-maladie.

Aucun de ces indicateurs n'est suffisant par lui-même ni ne peut être utilisé sans autres hypothèses; ainsi, par exemple, il faut supposer que le nombre des personnes ayant recours aux allocations pour impotent de l'AVS (35'707 en 1996) est sans doute largement inférieur à celui des ayants droit, une grande partie d'entre eux ne faisant pas valoir de prétention, d'où un risque de sous-estimer l'ampleur de la dépendance. Selon l'étude, l'estimation basée sur le nombre des pensionnaires d'établissements médico-sociaux et de foyers pour personnes âgées (environ 86'000), d'une part, sur celui des bénéficiaires de soins à domicile (Spitex) (64'000), d'autre part, est la plus fiable; elle donne un total de l'ordre de 150'000 personnes dépendantes en Suisse (sans critère d'âge toutefois).

Dépendance	légère	moyenne	grave	Total
Nombre de personnes	51'670	52'780	45'930	150'380

Source: Latzel G. et al. (1997), p. 129; données se rapportant en général à 1994.

⁴ Latzel G. et al. (1997), Sicherung und Finanzierung von Pflege- und Betreuungsleistungen bei Pflegebedürftigkeit, Band I, Forschungsbericht Nr. 6/97, Berne: OFAS.

⁵ Voir également Donini F. (1997), "Un indicateur de dépendance aux soins: les allocations pour impotents", Sécurité sociale 5/1997, pp. 256-258.

D'un point de vue quantitatif, l'*offre* de prestations répondant aux besoins des personnes dépendantes est jugée globalement satisfaisante, avec des disparités régionales toutefois. Il est important de noter que la plus grande partie des prestations est fournie par les réseaux informels (famille, aide de voisinage etc.). La prise en charge institutionnelle en établissement (foyers, établissements médico-sociaux) d'une part, les services ambulatoires (notamment ceux de l'aide à domicile – Spitex) d'autre part, sont largement assurés en Suisse, en comparaison internationale. Des lacunes existent encore dans le domaine semi-ambulatoire (foyers de jour); en outre, l'étude relève que les prestations en matière de rééducation et de prévention sont insuffisamment développées.

222 Evolution de la demande: le rôle du vieillissement démographique

La préoccupation principale qui ressort du postulat n'est pas tant le niveau actuel de la demande de soins de longue durée que son évolution future du fait du vieillissement démographique jusque dans le premier tiers du siècle prochain.

La demande est en fait déterminée par divers facteurs dont l'importance relative n'est pas encore suffisamment connue. L'aspect démographique (l'augmentation du nombre de personnes très âgées) doit être combiné avec les perspectives épidémiologiques, les progrès de la médecine et de la prévention. L'augmentation de l'espérance de vie s'accompagne d'une progression de l'espérance de vie sans incapacité: l'effet global – prolongation ou compression de la période de dépendance – est encore incertain. Les problèmes de santé se concentrent actuellement sur le groupe d'âge des 75 à 80 ans et plus. Mais la morbidité des générations futures ne peut être inférée directement de l'état de santé des octogénaires d'aujourd'hui: les caractéristiques sanitaires évoluent d'une génération à l'autre. Il n'en reste pas moins qu'individuellement, le risque de dépendre de soins augmente avec l'âge, en raison notamment de la survenance de maladies psychiques et dégénératives chroniques.

Par ailleurs, l'évolution sociale aura aussi une influence sur les prestations demandées à la collectivité, si l'on songe que les soins et l'encadrement sont actuellement en grande partie fournis par la famille – par les femmes surtout; la participation de ces dernières au marché du travail et le changement des modes de vie modifient la disponibilité de cette aide informelle. L'aspect financier (le prix et la couverture des services) intervient aussi comme déterminant de la demande. Enfin, il semble que l'offre elle-même joue un rôle non négligeable dans l'induction de la demande. La mise à disposition de nouvelles thérapies peut aussi bien contribuer à l'amélioration de l'état de santé qu'à l'augmentation de la consommation médicale et à la prolongation des traitements.

223 Incidence sur les coûts: une ampleur controversée

Tendance passée

La contribution de l'évolution démographique à l'accroissement des coûts des soins de longue durée ou de la santé publique en général est certaine, mais son ampleur est contestée. Zweifel et Felder (1996)⁶ ont montré que ce n'est pas l'avance en âge qui explique l'augmentation des coûts par tête, mais la proximité de la mort: les deux dernières années précédant le décès entraînent des coûts élevés, indépendamment de l'âge de la personne à ce moment-là. D'autres travaux qui isolent le facteur vieillissement démographique tendent à relativiser son influence sur la progression des coûts à la charge de l'assurance-maladie, par rapport à l'évolution des prix et à la consom-

⁶ Zweifel P., Felder S. (1996), Eine ökonomische Analyse des Alterungsprozesses. Berne: Haupt.

mation de prestations (Müller (1992)⁷). Rossel (1995)⁸ estime que par le passé, entre 1970 et 1991, l'évolution démographique a contribué à l'augmentation globale des coûts de la santé dans une proportion d'un cinquième et n'a donc pas constitué la principale cause d'accroissement.

Perspectives

En 1991, les personnes de 75 ans et plus ont eu recours aux prestations du système de santé pour un volume équivalant à 2,217 pour cent du PIB. En appliquant les "Scénarios sur l'évolution démographique de la Suisse" publiés par l'OFS en 1992, toutes choses égales par ailleurs, Rossel a estimé que cette proportion se situerait entre 2,635 pour cent et 2,947 pour cent en 2010 selon les scénarios. L'augmentation réelle des coûts serait ainsi comprise entre 19 et 33 pour cent pour la population du "quatrième âge"; pour l'ensemble du système de santé, l'accroissement réel dû au vieillissement serait de 5,6 à 9,3 pour cent par rapport à 1991⁹.

Gilliand (1997) fait remarquer que l'interdépendance des causes n'est pas prise en compte dans ces travaux: ainsi les progrès médicaux ou l'amélioration de l'encadrement médico-social qui influent directement sur les coûts ne sont-ils pas indépendants des besoins d'une population vieillissante¹⁰. La progression de l'espérance de vie s'accompagnera de toutes façons d'un accroissement de la demande de soins; le développement quantitatif et qualitatif de l'offre ainsi que le mode de financement des prestations de soins ambulatoires ou en établissement détermineront le coût de la prise en charge de la population âgée.

23 Répartition du financement et des compétences

231 Couverture par les assurances sociales

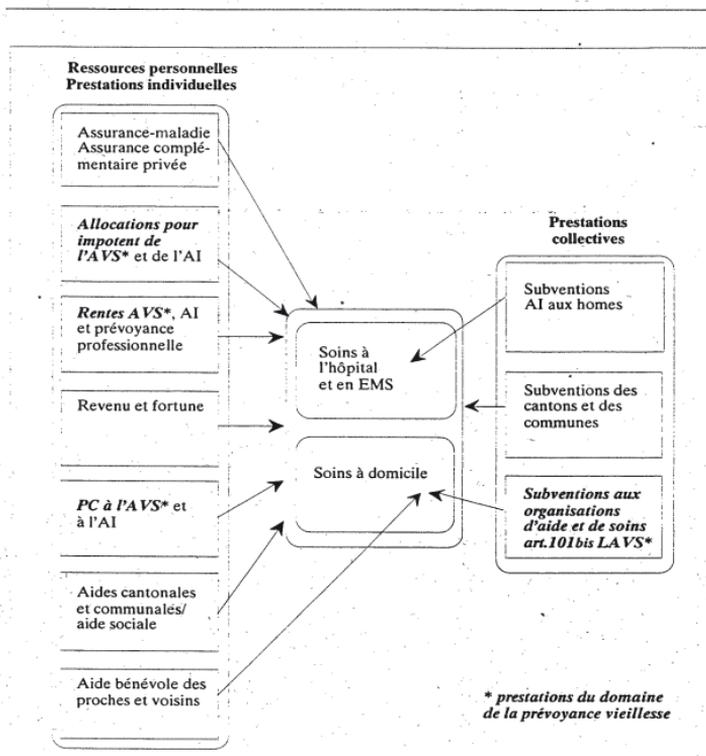
La couverture sociale des soins de longue durée, notamment celle des prestations aux personnes âgées dépendantes, est assurée par différents canaux dont la plupart ne sont spécifiques ni à l'état de dépendance, ni à une catégorie d'âge. Huber (1997) présente le schéma suivant:

⁷ Müller M. (1992), "Die Kostenentwicklung im schweizerischen Gesundheitswesen und die Erhöhungen der Arzt- und Spitaltarife in einer Gegenüberstellung", *Mitteilungen der Schweiz. Vereinigung der Versicherungsmathematiker*, 2/1992, pp. 181-194.

⁸ Rossel R. (1995), "Vieillissement démographique et coûts du système de santé", *Sécurité sociale* 3/1995, pp. 154-158.

⁹ Rossel R. (1995), *op. cit.*, p. 157.

¹⁰ Gilliand P., Rossini S. (1997), *La protection sociale en Suisse, Recettes et dépenses, 1948-1997, Comparaison avec les pays de l'Union européenne*. Lausanne: Réalités sociales; p. 200.



Source: d'après Huber F. (1997), "Les soins de longue durée en Suisse et leur financement", Sécurité sociale 5/1997, pp. 241-245; p. 243.

Les *soins médicaux* relèvent du champ de l'assurance-maladie obligatoire, qu'ils soient fournis dans un établissement médico-social, en milieu hospitalier, semi-hospitalier ou dispensés sous forme ambulatoire à domicile (art. 25 LAMal). La LAMal a modifié la répartition du financement dans ce domaine en couvrant désormais les frais médicaux lors d'un séjour en home médicalisé et les services de soins à domicile (spitex), selon des tarifs négociés entre les partenaires concernés.

Ne sont par contre pas couvertes par l'assurance-maladie les *prestations dépourvues de caractère médical* qui relèvent de l'hôtellerie, de l'encadrement social ou de l'aide ménagère et revêtent donc une grande importance en cas de dépendance; elles restent à la charge de l'assuré et des cantons et communes.

La distinction de principe entre soins médicaux et autres aides à la personne dépendante ne se laisse toutefois pas facilement opérer; il en résulte un manque de transparence financière dans l'imputation des coûts. Le Département fédéral de l'intérieur (DFI) a fait usage de sa compétence (art. 59a de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie, OAMal; RS 832.102) pour fixer des tarifs-cadre pour le remboursement des soins à domicile (Spitex) et en établissements médico-sociaux (selon quatre niveaux de soins requis) (art. 9a de l'ordonnance du 29 septembre 1995 sur les

prestations de l'assurance des soins, OPAS; RS 832.112.31; modification du 18 septembre 1997). Destinées à s'appliquer tant que les partenaires tarifaires ne seront pas parvenus à un accord complet, ces mesures transitoires reprennent les principales propositions du groupe de travail "Spitex et établissements médico-sociaux" institué par le DFI à la suite du colloque "Application de la LAMaI" en février 1997. La prise en charge des soins aux personnes dépendantes par l'assurance-maladie ne s'effectue donc pas sans contrôle ni limites.

Plusieurs assurances sociales prévoient, sous diverses conditions, une *allocation pour impotent* qui contribue à couvrir les frais liés à l'impotence, selon le degré léger, moyen ou grave de celle-ci en fonction de l'aide requise dans l'accomplissement d'actes ordinaires de la vie quotidienne. L'allocation est versée indépendamment de la personne ou du service qui fournit l'aide nécessaire; elle est forfaitaire dans l'AVS/AI et l'assurance-accidents, proportionnelle au besoin individuel dans l'assurance militaire. Les *prestations complémentaires* viennent s'ajouter aux rentes AVS/AI lorsque les moyens disponibles (revenu déterminant) ne suffisent pas à couvrir les dépenses reconnues du bénéficiaire; il s'agit donc là de prestations versées sous condition de ressources. En cas de séjour dans un établissement médico-social, les dépenses admises correspondent aux taxes des homes, que les cantons peuvent plafonner, plus un montant librement disponible. Les PC étant elles-mêmes limitées (environ 30'000 francs par an), certains cantons et communes accordent des prestations supplémentaires sur le même modèle. A titre indicatif, le tableau ci-dessous distingue aussi les bénéficiaires de prestations AVS/AI qui reçoivent une allocation pour impotent et une PC.

Assurance	Nombre de bénéficiaires	Prestations versées en millions de francs	Montant annuel moyen par assuré en francs
Allocations pour impotent de l'AVS	35'707	277	7'756
- dont bénéficiaires à partir de 75 ans	26'765	220	8'216
Allocations pour impotent de l'AI	21'556	115	5'335
PC*+ allocation pour impotent	25'357	580	22'900
- dont bénéficiaires à partir de 75 ans (PC à l'AVS + allocation pour impotent)	15'293	326	21'284
Allocations pour impotent de l'assurance-accidents (CNA)	1'265	12	9'644
- dont bénéficiaires à partir de 75 ans	45	0,4	9'067
Allocations pour impotent de l'assurance militaire**	173	1,5	8'671

* Bénéficiaires de PC recevant une allocation pour impotence moyenne ou grave, 1995. A noter qu'il existe un délai de carence d'une année avant la perception d'une allocation; le nombre de bénéficiaires de PC dépendants est donc ici sous-estimé. En outre, le montant moyen présente de grandes variations selon que la personne réside dans un home (en moyenne 25'583 francs) ou à domicile (en moyenne 7'023 francs).

** En 1995, on comptait 31 bénéficiaires de 75 ans et plus pour les différentes allocations de l'art. 20 LAM; les montants de l'allocation ne sont pas forfaitaires mais calculés selon les besoins à couvrir; ils sont donc très variables.

Sources: Statistiques AVS/AI mars 1994 et calculs OFAS 1995/1996; in: Latzel G. et al. (1997), op. cit., p. 13 et compléments.

232 Participation des pouvoirs publics

En dehors des prestations d'assurance, les pouvoirs publics (Confédération, cantons, communes) contribuent directement à la prise en charge des personnes âgées à travers le subventionnement des institutions: participation aux coûts de construction et/ou d'exploitation.

Les *cantons* connaissent des modèles très divers d'organisation et de financement des services dispensant les soins¹¹. Certains cantons n'ont pas adopté de réglementation, d'autres ont des dispositions très détaillées. La compilation des systèmes cantonaux établie par Latzel et al. (1997) permet de distinguer principalement deux approches: l'une laisse à l'aide sociale communale la charge des soins qui dépassent les ressources personnelles des individus (y compris les prestations des assurances sociales); dans l'autre, des prestations supplémentaires qui correspondent à un droit subjectif viennent s'ajouter aux prestations complémentaires pour couvrir les soins. Dans la même idée d'éviter le recours aux mécanismes d'assistance, certains cantons privilégient le financement à l'objet (subventions aux services et établissements) par rapport au financement à la personne. Genève a récemment effectué un tel changement d'orientation.

L'introduction de la LAMal a séparé le domaine des soins médicaux et soins de base des autres prestations dispensées. On s'attend à ce que les communes soient sensiblement déchargées des frais dans les établissements médico-sociaux et dans les services de soins à domicile. On peut déjà constater que les *prestations complémentaires* ont bénéficié d'un allègement grâce au système de subventionnement des primes; ces dernières sont prises en compte lors du calcul des PC, mais les coûts sont partiellement ou totalement compensés par le système de réduction des primes (art. 54a de l'ordonnance du 15 janvier 1971 sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité, OPC-AVS/AI; RS 831.301); la participation de la Confédération à la réduction des primes (jusqu'aux 2/3 ou plus de la subvention totale) étant supérieure à sa contribution aux PC (entre 10 et 35 %), les cantons devraient dans l'ensemble enregistrer une diminution de leurs dépenses dans ce domaine. Les frais relatifs à la prise en charge des primes, à l'hébergement dans les homes médicalisés et aux soins à domicile à la charge de l'*aide sociale* ont aussi été réduits suite à l'introduction de la LAMal. Ces différents effets ont fait l'objet d'une récente étude de l'OFS sur les transferts financiers subséquents à la LAMal¹²; les résultats de cette évaluation confirment certaines des tendances indiquées ici et résumées dans le tableau ci-dessous, mais pour le reste, les bases statistiques sont trop faibles pour permettre de tirer des conclusions probantes.

11 Latzel G. et al. (1997), op. cit.; le volume II contient un panorama des dispositions cantonales.

12 Greppi S., Rossel R., Strüwe W. (1998), Les effets de la nouvelle loi sur l'assurance-maladie dans le financement du système de santé. Rapport établi dans le cadre de l'analyse des effets de la LAMal. Rapport de recherche n° 15/98. Berne: OFAS (sur mandat de l'OFAS); cf. remarques p. 106 et 108.

Prestation	Allégement	Transfert vers
Aide sociale	oui	Système de réduction des primes / assureurs maladie
Soins à domicile	oui	Assureurs maladie
Soins aux personnes âgées en home	oui	Assureurs maladie
Prestations complémentaires	oui	Système de réduction des primes / assureurs maladie

Source: Greppi S., Rosset R., Strüwe W. (1998), Les effets de la nouvelle loi sur l'assurance-maladie dans le financement du système de santé. Rapport établi dans le cadre de l'analyse des effets de la LAMal. Rapport de recherche n° 15/98. Berne: OFAS; p. 139.

233 Solidarité entre générations

La configuration de la couverture de la dépendance, du moins celle qui prévalait avant le régime de la LAMal, implique un important transfert des actifs vers les personnes âgées. Wechsler et Savioz (1996)¹³ estiment, pour la santé publique, qu'en 1994 la génération active a redistribué à la génération de rentiers une somme se montant à 20 pour cent des dépenses totales.

La volonté de maintenir et de développer l'élément de solidarité apparaît clairement dans l'orientation prise par la nouvelle loi sur l'assurance-maladie. L'introduction de l'assurance obligatoire, de la prime unique pour adulte et du libre passage, sans égard à l'âge, renforce la solidarité entre les "bons" et les "mauvais risques". La LAMal n'a pas pour but premier d'assurer une redistribution entre les générations, mais entre les bien-portants et les malades, même lorsque les deux aspects se confondent. Le système de réduction individuelle des primes est destiné à équilibrer la charge financière entre les assurés aisés et ceux qui sont moins favorisés.

24 Systèmes étrangers

La dépendance due au grand âge est devenue un problème de premier ordre dans l'ensemble des pays européens. La couverture collective de la dépendance diffère de cas en cas et aucune convergence ne se dessine; la configuration des systèmes nationaux dépend principalement de la conception générale plutôt assurancielles ou assistancielles de la sécurité sociale, ainsi que de la perception de la dépendance comme problème distinct, à régler séparément, ou comme un des aspects du champ de la politique sanitaire et sociale.

Le Conseil de l'Europe distingue quatre groupes de pays suivant l'organisation de la protection en cas de dépendance¹⁴:

- ceux qui ont introduit des systèmes s'adressant spécifiquement aux personnes dépendantes (par exemple l'Allemagne ou la France),
- ceux dont les prestations pertinentes sont liées à d'autres prestations de l'assurance sociale (la Suisse, par exemple),

¹³ Wechsler M., Savioz M. (1996), Umverteilung zwischen den Generationen in der Sozialversicherung und im Gesundheitswesen, Forschungsbericht Nr. 4/96. Berne: OFAS; p. 22 et 43.

¹⁴ Latzel G. et al. (1997), op. cit., p. 93; voir également Conseil de l'Europe (1995), La situation de dépendance par rapport à la protection sociale, 6e Conférence des ministres européens responsables de la sécurité sociale, Lisbonne, 29-31 mai 1995. Strasbourg: Conseil de l'Europe; Malherbe C. (1998), "Situation à l'étranger des personnes dépendantes. Quelques repères bibliographiques", Sécurité sociale 5/1997, pp. 255-256.

- ceux dont les prestations répondent au principe de la finalité (en fonction des besoins individuels) et se rattachent à l'aide sociale ou sont dispensées par les collectivités régionales ou locales (notamment la Grèce et l'Italie),
- ceux qui prévoient des prestations qui ne sont pas spécifiquement destinées aux personnes dépendantes mais contribuent à couvrir une partie de leurs besoins (par exemple les Pays-Bas).

L'assurance obligatoire introduite en Allemagne en 1995 représente un modèle d'institution séparée de prise en charge financière de la dépendance. Elle diffère de la proposition "AVS plus" à plusieurs titres, notamment parce qu'elle est destinée à couvrir sans limite d'âge les soins non médicaux (aide dans l'accomplissement des actes de la vie quotidienne) aux personnes durablement atteintes dans leur autonomie et parce qu'elle a été conçue, dans le contexte allemand, pour alléger l'aide sociale fortement sollicitée dans ce domaine.

Les Pays-Bas connaissent un système orienté sur les besoins particuliers, complémentaire au système de sécurité sociale déjà en place, pour prendre le relais de l'assurance-maladie sur le long terme (plus d'une année) et couvrir une palette de prestations ambulatoires et hospitalières pour une série de risques entraînant des coûts élevés. Le Danemark dispose aussi d'un système répondant au principe de la finalité, mais rattaché à l'assurance-pensions nationale financée par l'impôt. Il vise à favoriser l'autonomie grâce au maintien à domicile ou aux traitements ambulatoires. L'assistance fournie par des proches ou par des services compétents est indemnisée. La mise en oeuvre de cette solution au niveau communal, comme les autres prestations sociales, a l'avantage de ne pas instaurer de séparation normative et administrative entre les cas de maladie et de dépendance, entre les situations qui relèvent des services de santé et celles qui incombent à l'aide sociale.

D'autres modèles ne trouvent pour l'instant que des applications limitées: parmi eux, la privatisation de l'assurance des soins de longue durée, qui reste pratiquement réservée au domaine complémentaire accessible aux personnes relativement aisées. Des systèmes de redistribution intragénérationnelle sont également envisagés, par exemple sous forme de contributions prélevées sur les pensions de retraite au titre d'une assurance dépendance de base. Des formes de partenariat public-privé ont été introduites aux Etats-Unis: la logique en est que pour chaque dollar versé par une assurance privée, le seuil d'accès à des prestations sous condition de ressources est relevé.

25 Bilan de la situation actuelle: l'analyse des experts

Les conclusions tirées ici reposent sur l'appréciation de la situation qui ressort d'une enquête auprès des cantons et de plusieurs experts¹⁵.

251 Appréciation générale

Le risque de dépendance liée au grand âge doit être considéré comme un risque normal de l'existence dont la couverture dépasse fréquemment la capacité financière des individus et nécessite alors des solutions collectives.

L'offre de soins ambulatoires et en établissement est globalement satisfaisante en Suisse. Les coûts sont aujourd'hui couverts par les bénéficiaires de prestations eux-mêmes, par différents systèmes d'assurance sociale et, au besoin, par l'aide sociale. Confédération, cantons et communes participent ainsi au financement. La question n'est pas tant celle du niveau de couverture que celle de la meilleure utilisation des ressources pour faire face à des besoins croissants.

¹⁵ Voir note 3.

Les *experts* consultés ne se prononcent généralement pas pour une refonte d'un système dont les divers instruments (assurance-maladie, PC, allocations pour impotent) présentent l'avantage de la flexibilité – système dont ils relèvent toutefois le manque de transparence et la complexité. Cette dernière constatation est valable au niveau fédéral, en raison de l'approche causale propre à l'assurance: la dépendance recevra un traitement différencié suivant le risque qui en est à l'origine (les PC ont toutefois une orientation finale tenant compte du besoin). Le constat se confirme encore au niveau cantonal où, en l'absence de définition et d'instruments de mesure communs, les cantons ont leur propre approche de la prise en charge de la dépendance. Il ressort de l'enquête que les solutions élaborées donnaient généralement satisfaction, mais que la LAMal contraint aujourd'hui à en revoir les modalités. Pour les personnes concernées, les modèles cantonaux ont des conséquences plus ou moins favorables: par exemple, l'absence de prestations supplémentaires ou aides à la vieillesse cantonales (qui s'ajoutent aux prestations complémentaires à l'AVS/AI prévues dans le droit fédéral) peut nécessiter pour un même cas le recours à l'assistance ou l'aide sociale, ce qui ne représente pas une solution juridique équivalente.

Les expériences réalisées à l'étranger présentent des éléments intéressants (orientation sur la finalité plutôt que sur la causalité, développement de l'aide à domicile et stabilisation du secteur hospitalier, par exemple); elles ne permettent cependant pas de tirer des conclusions univoques et leur transposabilité reste de toutes façons extrêmement limitée.

252 Critique de différents modèles

AVS plus, assurance spécifique et modèles intragénérationnels

- *AVS plus*: il s'agirait d'une assurance obligatoire réservée à la population de plus de 75 ans, qui couvrirait les soins médicaux de base et les prestations d'aide ménagère et d'assistance. Elle serait financée par la fiscalité directe et indirecte, l'impôt sur la fortune et sur les successions. Elle aurait entre autres effets d'abaisser les primes de l'assurance-maladie pour les moins de 75 ans. A noter que ce modèle a été élaboré avant l'introduction de la LAMal.

D'une façon générale, l'idée de traiter les personnes âgées séparément n'est pas bien reçue: fixer un âge limite aurait potentiellement un effet de ségrégation ou de stigmatisation indésirable. De l'avis des experts, il serait préférable d'envisager la dépendance des jeunes et moins jeunes comme un risque en soi.

- *Pflegeversicherung*: En Allemagne, cette assurance est obligatoire et distincte de l'assurance-maladie. Les assureurs passent des contrats avec les prestataires de soins. L'assurance couvre des prestations en nature ou verse des prestations forfaitaires en espèces pour les soins ambulatoires; elle rembourse dans certaines limites les soins hospitaliers. Les ayants droit sont classés en fonction de leur degré d'impotence léger, moyen ou élevé. Le financement se fait au moyen de prélèvements sur les salaires.

Le modèle allemand est intéressant, mais dans le contexte suisse, où la couverture de la dépendance est meilleure que celle qui prévalait en Allemagne au moment de l'adoption de la *Pflegeversicherung*, il apparaît superflu. En outre, le mode de financement fondé sur les cotisations salariales est jugé peu opportun. Les forfaits prévus ne permettent pas d'éviter entièrement le recours à l'aide sociale quand l'assuré est dépourvu d'assurance complémentaire.

- *Modèles intragénérationnels*: il s'agit dans ces modèles d'effectuer un prélèvement sur les prestations des assurances sociales reçues à partir de l'âge de la retraite pour financer une assurance de base des soins de longue durée.

Les modèles intragénérationnels reçoivent un accueil mitigé. D'un côté, on y voit la possibilité d'alléger la charge des actifs en faisant appel aux ressources et à la solidarité des rentiers qui disposent de moyens en suffisance, par exemple grâce à un prélèvement sur les rentes des caisses de pension (2e pilier) ou par le biais d'un impôt affecté sur les successions. Il est vrai que l'amélioration des rentes AVS et le bénéfice plus largement répandu du 2e pilier offrent de meilleures perspectives financières à l'âge de la retraite que par le passé. D'un autre côté, il s'agirait ici encore d'une solution réservée à un groupe de population, alors que subsisterait pour les plus jeunes en situation de dépendance un système complexe de prestations de maladie, invalidité, accidents. Certains experts jugent par conséquent préférable d'alléger la charge des actifs par la mobilisation de sources de financement plus largement réparties, comme la TVA ou une forme de contribution sociale généralisée.

Assurance privée, système de partenariat

- Dans le modèle "franc pour franc", la personne conclut une assurance pour un montant minimum, portant sur une année au moins de soins en institution. Lorsque les prestations sont dues, le seuil d'accès aux prestations complémentaires est relevé d'un franc pour chaque franc versé par l'assurance privée. Les PC prennent le relai à partir du seuil atteint à épuisement des prestations assurées. Selon un autre modèle de bonification, la personne assure un minimum d'années de soins en institution (home). Lorsque les prestations assurées sont épuisées, les prestations complémentaires interviennent sans conditions de ressources.

Le recours à des assurances privées au delà d'une couverture de base n'a pas la faveur des personnes consultées. Une des raisons en est qu'il profite surtout aux classes relativement aisées; de plus, les modèles de partenariat semblent venir compliquer encore un système déjà complexe.

Système de bons

- Ce système a été imaginé par Zweifel et Felder¹⁶. Il s'agit de remplacer les allocations pour impotent et les PC par des bons (financés par l'impôt) pour l'achat de biens et de services sur le marché concurrentiel.

Par rapport au versement d'une prestation en espèces, cet instrument semble susceptible de réduire le risque moral de l'assuré et de garantir plus d'efficacité dans l'allocation des moyens, mais l'idée est jugée peu praticable et fortement assistancielle.

D'autres réformes profondes du système d'assurances sociales sont écartées en raison de leur faisabilité politique douteuse ou de la possibilité de réaliser d'utiles améliorations de moindre envergure.

La conclusion quasi unanime des personnes consultées est de donner la préférence à une amélioration des institutions existantes.

¹⁶ Voir notamment Zweifel P., Felder S. (1996), op. cit., p. 216ss et 336ss.

3 Perspectives et améliorations

31 Aperçu

Il ressort de l'étude et de l'avis des experts précités que le niveau et la couverture financière des prestations sont globalement satisfaisants en Suisse mais que des améliorations sont souhaitables; celles qui sont discutées ici portent, à court terme, sur

- un renforcement de la solidarité selon la capacité financière dans l'assurance-maladie
- un ancrage définitif des prestations complémentaires dans la Constitution fédérale, souhaitable d'un point de vue formel.

A moyen et plus long termes, la réflexion est à poursuivre d'une façon générale, en vue d'une harmonisation des instruments existants et d'une orientation sur le principe de finalité, en particulier grâce à

- une révision du régime des PC dans le sens d'une meilleure coordination avec l'assurance-maladie et les allocations pour impotent de l'AVS et de l'AI
- la création d'une indemnité d'assistance dans l'AI.

Ces derniers aspects rejoignent les préoccupations exprimées dans la motion Hochreutener du 25 septembre 1996 "Soins à domicile et en homes spécialisés. Concept global" (96.3430).

32 Améliorations à court terme

Renforcement de la solidarité

Les experts se rallient en général à l'amélioration de l'octroi des réductions de primes dans le système d'assurance-maladie actuel pour renforcer la solidarité entre plus favorisés et moins favorisés; ils restent par contre plutôt sceptiques face à des modèles intragénérationnels, au recours à l'impôt sur les successions ou à des primes progressives pour les rentiers, modifications qui mettraient en péril les mécanismes de solidarité et de redistribution existants.

Ancrage des PC dans la Constitution fédérale

Cette proposition a déjà été formulée dans le rapport du Département fédéral de l'intérieur sur les trois piliers de la prévoyance vieillesse, survivants et invalidité¹⁷.

33 Aménagements à moyen terme

Harmonisation des instruments existants et principe de finalité

Les experts déplorent en général l'approche fragmentaire et principalement financière des assurances sociales. ~~Un pas dans le sens de l'harmonisation et de la finalité serait l'adoption d'une définition et d'un traitement communs des diverses allocations pour impotent.~~ L'harmonisation des tarifs en usage pour les prestations médicales couvertes par les différentes assurances est aussi proposée, de même que l'harmonisation des tarifs échelonnés négociés avec les nombreux établissements médico-sociaux.

¹⁷ Département fédéral de l'intérieur (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.

Adaptation du régime des prestations complémentaires

Le DFI, dans le rapport sur les trois piliers de la prévoyance vieillesse, survivants et invalidité, envisage une autre possibilité: il se prononce pour une meilleure coordination des prestations complémentaires avec celles de l'assurance-maladie, avec l'allocation pour impotent de l'AVS (dont la pertinence en cas de séjour dans un établissement médico-social est à réexaminer) et celle de l'AI.

Indemnité d'assistance

Dans le cas de l'AI, le montant des allocations pour impotent suffit rarement à couvrir les frais d'assistance permettant le maintien à domicile. Afin d'encourager la prise en charge à domicile, il est prévu d'étudier une d'indemnité d'assistance à l'occasion de la 4e révision LAI, 2e partie. Cette prestation entraînerait des coûts supplémentaires, mais divers cadres financiers sont envisageables; le rapport du Groupe de travail interdépartemental "Perspectives de financement des assurances sociales (IDA FiSo) 2"¹⁸ indique quelques variantes.

4 Conclusion

En raison des considérations qui précèdent, le Conseil fédéral est d'avis que pour les soins médicaux, la solidarité entre générations institutionnalisée par la LAMal doit être maintenue et qu'il n'est pas socialement souhaitable de traiter séparément le 4e âge. L'allègement de la charge des familles et des personnes de condition modeste doit trouver à terme une solution à travers les mécanismes de contrôle des coûts et de réduction individuelle des primes.

Quant à la couverture des frais liés à la dépendance de soins (soins, hébergement, encadrement social, assistance), le Conseil fédéral est aussi d'avis que l'ensemble des personnes concernées doit être traité de la même façon, sans distinctions en fonction de classes d'âge. A cette fin, il convient d'examiner en premier lieu l'aménagement des prestations complémentaires dans le sens d'une coordination avec les dispositions de l'assurance-maladie (tarifs-cadre échelonnés selon le niveau de soins requis), avec l'allocation pour impotent de l'AVS et avec une future indemnité d'assistance de l'AI, dont l'introduction est discutée dans le cadre de la 2e partie de la 4e révision LAI; par ailleurs, il s'impose de réserver les prochaines décisions concernant la nouvelle péréquation financière qui traite notamment de la répartition des tâches et du financement dans les domaines de l'aide à la vieillesse, des prestations complémentaires ainsi que de la réduction des primes dans l'assurance-maladie.

13 janvier 1999

Au nom du Conseil fédéral suisse

La présidente de la Confédération, Dreifuss

Le chancelier de la Confédération, Couchepin

¹⁸ Groupe de travail interdépartemental "Perspectives de financement des assurances sociales (IDA FiSo) 2" (1997). Analyse des prestations des assurances sociales. Concrétisation de modifications possibles en fonction de trois scénarios financiers. Berne: OFAS.



Konferenz der kantonalen Ausgleichskassen
 Conférence des caisses cantonales de compensation
 Conferenza delle casse cantonali di compensazione
 Conferenza da las cassas chantunals da cumpensaziun

Chutzenstrasse 10, 3007 Bern • Telefon 031 379 77 81 • Fax 031 379 77 74 • www.ahvch.ch

Contribution
 de la Conférence des caisses cantonales de compensation au débat sur

Les prestations complémentaires à l'AVS/AI: Réflexions et propositions

1. L'essentiel en bref

Les prestations complémentaires à l'AVS/AI (PC) sont un élément essentiel de la prévoyance vieillesse, survivants et invalidité (prévoyance VSI) suisse. Aujourd'hui, 12% des retraités AVS en ont besoin pour couvrir leurs besoins vitaux, 37% des rentiers à l'AI. Un système éprouvé mais qui n'est pas complètement exempt de défauts, notamment au niveau de son coût et des effets d'aubaine induits par le système. La gestion des prestations et, par conséquent celle des coûts, pourraient être améliorées.

La révision de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS/AI (LPC ; RS 831.10) qui se profile devrait être l'occasion de consolider le système, en s'attachant:

- à contenir l'évolution des coûts sans toucher au noyau des prestations,
- à réexaminer la palette et le montant des prestations en fonction des critères d'efficacité, d'adéquation et du caractère économique,
- à atténuer les effets d'aubaine induits par le système de la prévoyance VSI,
- à encourager la constitution et la préservation de l'avoit de prévoyance vieillesse, pour réduire le besoin de PC au moment de la retraite,
- à rendre plus transparent le calcul des coûts des EMS,
- à réduire l'inégalité de traitement fiscale entre contribuables, au bénéfice ou non de PC.

Sur le long terme, il faudrait se demander si une assurance de soins financée par des primes ne serait pas une solution adéquate pour couvrir le risque de dépendance, toujours plus fréquent dans notre société vieillissante. Il faudra attendre d'avoir le résultat des premières évaluations sur le nouveau régime de financement des soins pour se prononcer sur cette question.

La présente contribution de la Conférence des caisses cantonales de compensation présente brièvement ces différents objectifs.

2. Les prestations complémentaires : un élément indispensable du système de prévoyance

Les prestations complémentaires ont été introduites en 1966. A l'époque, on pensait qu'il s'agissait d'une solution transitoire. Les rentes AVS et AI n'ont jamais rempli le mandat constitutionnel qui leur a été assigné, celui de couvrir les besoins vitaux. Comme il n'y avait pas de volonté politique de concrétiser ce mandat dans l'AVS/AI, le législateur s'est résolu à

donner un caractère durable aux prestations complémentaires. Les PC ont été élevées au rang de tâche permanente de la Confédération et des cantons dans le cadre de la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT ; art 112a Cst entré en vigueur en 2008).

Grâce aux prestations complémentaires, aucun rentier à l'AVS et à l'AI ne vit aujourd'hui dans la précarité.

Le système des PC a fait ses preuves et personne ne conteste aujourd'hui son utilité et son bienfondé.

3. Un débat à venir

Les prestations complémentaires font partie intégrante du premier pilier. Contrairement à l'AVS et à l'AI, dont elles sont pourtant indissociables, les prestations complémentaires sont pour le moment peu évoquées dans le débat public et politique sur les assurances sociales. A notre avis, c'est une question de temps. Les prestations complémentaires seront tôt ou tard au cœur des débats. L'analyse critique publiée par Avenir Suisse en août 2009 donne une idée des discussions à venir. Dans cette étude¹, le Professeure Monika Büttler épingle le système des PC pour ses coûts en constante augmentation et par les effets d'aubaine produits par l'assurance elle-même. Le Conseiller national Reto Wehrli a plus tard repris ce thème dans une intervention parlementaire (09.3754).

Le débat doit aussi être vu sous l'angle de l'évolution des coûts. Les dépenses liées aux PC n'ont cessé d'augmenter ces dernières années. Elles ont été pratiquement multipliées par vingt depuis leur introduction en 1966. Elles sont passées de 2,2 milliards de francs en 1999 à 3,9 milliards en 2009. Le nombre de bénéficiaires augmentent aussi régulièrement.

Nombre de bénéficiaires	1999	2009	Variation en %
Bénéficiaires de PC avec une rente de vieillesse	137'000	164'000	+19,7%
Bénéficiaires de PC avec une rente AI	57'400	104'000	+ 81,1%
Bénéficiaires de PC avec une rente de survivants	1'900	1'700	-10,0%
Total des bénéficiaires PC	196'400	271'000	+ 37,9%

Dépenses en milliards de francs	1999	2009	Variation en %
PC à l'AVS	1,439	2,209	+ 53%
PC à l'AI	798	1,696	+ 112,5%
Dépenses totales	2,237	3,905	+ 74,5%

Source : OFAS, statistiques 2009

La hausse constante des dépenses ne s'explique pas uniquement par l'augmentation du nombre de bénéficiaires. Le niveau des prestations s'est aussi constamment amélioré. Ces dernières années, les prestations ont été à plusieurs reprises étendues. A chaque fois, il s'agissait de compenser des réductions de prestations dans d'autres branches des assurances sociales. Cela a notamment été le cas dans le cadre de la 4^e et de la 5^e révision de l'AI, dans la RPT et avec le nouveau régime de financement des soins. Le relèvement voire même la suppression de certains plafonds par le législateur ont de facto ouvert à la classe moyenne inférieure l'accès à des prestations réservées jusque-là aux plus démunis.

La loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins (FF 2008 4751) est la dernière en date d'une série de modifications, qui ont eu des répercussions importantes sur les PC. Cette loi a modifié des valeurs clefs du système des PC. Le législateur a décidé

¹ Monika Büttler, Ergänzungsleistungen. Eine Analyse der Fehlanreize in der Erwerbsphase, bei der Pensionierung und im hohen Alter, Zurich, 2009

d'abaisser certaines limites donnant droit aux PC, tout en exigeant dans le même temps que les bénéficiaires PC qui ont besoin de soins ne dépendent plus de l'aide sociale. Il est encore trop tôt pour se faire une idée précise des répercussions financières de la nouvelle loi et de sa mise en œuvre par les cantons. Il pourrait y avoir des reports de charges entre PC et financement des soins. Il est clair que la volonté du législateur d'aider financièrement les personnes dépendantes de soins a pour corolaire une augmentation égale de la charge du contribuable. La pression sur le système de sécurité sociale augmente également du fait que les dépenses pour les homes ressortent encore plus qu'avant dans les comptes des collectivités publiques.

Le régime des PC comporte aussi certains effets d'aubaine ou de seuil, qui peuvent décourager l'exercice d'une activité lucrative ou conduire à des inégalités de traitement. Ces effets indésirables sont intrinsèques à tout système de protection sociale dans lequel le montant des prestations dépend étroitement de la situation économique de l'ayant-droit. Mais ils doivent dans la mesure du possible être supprimés.

Les points susmentionnés constitueront certainement un point de départ pour la réforme à venir de la LPC. En tant qu'acteur majeur du domaine des prestations complémentaires, notre Conférence et ses membres souhaitent apporter dès maintenant leur contribution à la recherche de solutions praticables.

4. Champs d'action

Le système des PC n'est pas totalement exempt de défauts mais il a sans aucun doute largement contribué à réduire la pauvreté chez les personnes âgées. La vieillesse n'est plus synonyme de pauvreté grâce à la prévoyance VSI. Les PC sont un filet important de sécurité, qui doit être maintenu. Il ne s'agit pas de remettre complètement en question le système des PC. Au contraire, nos assurances sociales resteront finançables et performantes si on les adapte régulièrement et de manière ciblée. C'est ainsi qu'il faut procéder avec les PC. La Conférence des caisses cantonales de compensation formule dans cette optique un certain nombre de propositions et de mesures à prendre, pour adapter le régime à l'évolution de la société et pour mieux gérer les coûts qu'il génère.

Au vu de l'évolution des prestations complémentaires, on peut se demander s'il ne faudrait pas revoir le rapport entre les trois piliers. La justice sociale et l'équité sociale sont des éléments centraux de la politique sociale. Concrètement : si l'amélioration du système PC se fait toujours plus sur le dos du contribuable, ne faudrait-il pas renforcer la part de la prévoyance individuelle. Cela ne veut pas dire qu'il faille toucher au principe de la couverture des besoins vitaux dans le domaine de la prévoyance vieillesse, principe consacré dans la Constitution de 1925, 1972, 1999 et 2004. Il s'agit seulement d'encourager l'effort de prévoyance personnelle. L'équilibre entre responsabilité et solidarité doit être redéfini en permanence. Nous abordons ici un thème qui peut paraître surprenant dans le contexte des PC : le 2^e et le 3^e piliers. Pour que la réforme des PC ait des effets sur les coûts, il faut que le 2^e et le 3^e piliers aient des répercussions plus larges et plus sensibles. C'est la seule manière d'atteindre l'objectif de la couverture des besoins vitaux sans mettre davantage à contribution le contribuable

Il ne s'agit pas de lutter contre les pauvres mais de combattre la pauvreté et ses causes. Tous ceux qui ont un 2^e et un 3^e pilier ont la capacité de se constituer un avoir de prévoyance. En cela, encourager la capacité de prévoyance n'a rien d'un démantèlement social. Au contraire, c'est une certaine idée de l'homme basée sur la reconnaissance d'une part de responsabilité individuelle dans un système social. Il faut trouver le juste équilibre entre le droit à la couverture des besoins vitaux (art. 112 et 112a Cst) et le principe de responsabilité sociale et individuelle inscrit à l'art. 6 Cst : "Toute personne est responsable d'elle-même et contribue selon ses forces à l'accomplissement des tâches de l'Etat et de la société".

Dans un troisième volet, la prochaine révision de la LPC devrait aussi être l'occasion de réfléchir à la fonctionnalité première des PC, au vu de leur contribution toujours plus marquée au financement d'établissements médico-sociaux (EMS).

Par contre, nous avons volontairement laissé de côté la question de la répartition du financement des PC entre Confédération et cantons (et communes), qui relève de considérations politiques et fédéralistes. Nous ne nous prononçons pas non plus sur le financement des réductions de primes d'assurance-maladie en faveur des bénéficiaires PC. Du point de vue économique et social, la question des sources de financement peut rester ouverte. Dans le cas des PC, l'argent est de toute façon à 100% public. La Conférence n'entend pas se prononcer sur des questions de finances publiques et de répartition des tâches de l'Etat, qu'il faudrait examiner sous l'angle de la réforme de la péréquation financière et de la Constitution fédérale.

5. Mesures dans le domaine des PC

5.1 Limiter les PC à un revenu moyen

Pour les bénéficiaires avec des enfants, les PC peuvent constituer une source de revenus importante. Dans l'étude mentionnée plus haut, le Professeure Monika Büttler a calculé qu'un rentier AI qui gagnait 30'000 francs avant de devenir invalide peut, selon sa situation familiale, doubler son revenu de remplacement par la voie des PC. Jusqu'à un revenu avant invalidité de 60'000 francs resp. 80'000 francs pour un rentier AI avec enfant à charge, les taux de remplacement sont plus élevés avec que sans PC, affirme l'auteure de l'étude. A notre avis, ces situations particulières devraient être corrigées. Aucun bénéficiaire PC ne devrait gagner plus en prestations que ce qu'il gagnait avant en travaillant (statu quo ante).

Pour supprimer les effets indésirables du système actuel, on pourrait par exemple introduire un plafond pour les prestations complémentaires pour les personnes qui ne vivent pas dans un home. Dans le même ordre d'idée, on pourrait aussi se baser sur un revenu de référence statistique déterminé en fonction des différentes situations de vie. Ce revenu de référence équivaldrait quasiment à une limite des PC. Une autre piste à explorer serait de faire dépendre le montant des prestations complémentaires du nombre d'années de cotisations à l'AVS/AI. Cela supposerait de fixer une limite minimum, pour que les bénéficiaires PC à l'AI, qui n'ont cotisé en raison de leur âge - souvent jeune - que partiellement, ne doivent pas recourir à l'aide sociale.

5.2 Encourager l'exercice d'une activité lucrative

Comme nous le disions plus haut, il peut être plus intéressant financièrement de toucher des PC que d'exercer une activité lucrative. En d'autres termes, il n'est pas rare que travailler (plus) signifie gagner moins pour le bénéficiaire PC et sa famille.

Pour préserver l'incitation au travail dans les prestations, il faut tenir compte de la capacité de gain du bénéficiaire PC et de son conjoint dans le calcul de la PC. Actuellement, on retient déjà un revenu hypothétique pour les invalides partiels et les veuves non invalides et sans enfant mineur. Ce montant dépend du montant destiné à la couverture des besoins vitaux. Il est relativement bas. On pourrait très bien calculer le revenu réalisable selon les règles plus sévères de l'assurance-invalidité. Pour les conjoints, il est déjà admis par la jurisprudence qu'un revenu hypothétique puisse être pris en compte dans la fixation du revenu déterminant, dans les cas où les intéressés revenant à faire usage de leur capacité de gain pour des motifs de convenance personnelle.

On est en droit d'attendre des personnes concernées qu'elles fassent usage de leur capacité résiduelle. Il faut les sanctionner si ce n'est pas le cas. Néanmoins, pour éviter un transfert indésirable des bénéficiaires PC vers l'aide sociale, on pourrait envisager dans certains cas de baisser le niveau des prestations dans les PC au niveau de celui de l'aide sociale. Cela voudrait dire que l'on applique une pratique plus stricte que celle admise par le Tribunal fédéral.

5.3 Prendre en compte des primes d'assurance-maladie plus basses

Lors du calcul de la PC, un montant forfaitaire annuel correspondant au montant de la prime moyenne cantonale pour l'assurance obligatoire des soins est additionné aux autres dépenses reconnues. Ce système, où les hausses de primes passent inaperçues, n'incite pas les bénéficiaires PC à s'assurer auprès des caisses-maladie les plus avantageuses. Or, les moyens à disposition pour les réductions de prime sont limités. Il convient de les répartir équitablement entre les différentes catégories d'assurés (bénéficiaires PC, familles), sans privilégier l'une ou l'autre. Dans le système actuel, les bénéficiaires PC sont de fait « servis en premier », au détriment d'autres groupes d'ayant-droit, notamment les familles. Il n'y a pas de raison de donner plus d'argent qu'il n'est absolument nécessaire aux bénéficiaires PC. La prise en compte d'une prime de référence plus basse pour le calcul (correspondant p. ex. à la moyenne du tiers inférieur des primes) serait une solution possible. On pourrait renforcer l'effet de cette mesure en ne remboursant que le montant effectif de la prime d'assurance-maladie et ce jusqu'à concurrence du montant de référence maximal fixé par la loi. Avec ce système, les bénéficiaires PC dont la prime est plus basse que le forfait de référence ne recevraient pas plus d'argent qu'ils n'en ont réellement besoin pour payer leur assurance-maladie.

5.4 Déterminer les frais de maladie et d'invalidité sur la base des critères d'adéquation, d'efficacité et le caractère économique

Le système des PC inclut également la prise en charge des dépenses liées à la maladie et l'invalidité, qui ne sont pas couvertes par d'autres assurances (assurance-maladie, assurance-accidents, assurance-invalidité, etc.). Le remboursement comprend la participation de l'assuré aux frais de maladie (quote-part et franchise) ainsi que les frais de traitement dentaire, de soins et d'assistance à domicile, de diététique et de divers moyens auxiliaires. Le remboursement des frais de maladie est plafonné à 25'000 francs par année pour une personne adulte demeurant à domicile et à 6'000 francs pour une personne résidant dans un home.

Les frais de maladie et d'invalidité ont tendance à progresser plus rapidement que les prestations périodiques. Depuis la RPT, ces dépenses relèvent entièrement de la compétence et de la responsabilité financière des cantons. Elles se sont élevées en 2009 à 331 millions de francs. Cela représente 8 % des dépenses totales. L'art. 14 al. 2 LPC autorise les cantons à limiter le remboursement aux dépenses nécessaires dans les limites d'une fourniture économique et adéquate des prestations. Il serait judicieux de réexaminer périodiquement l'efficacité, l'adéquation et le caractère économique des prestations, comme cela se fait dans l'assurance-maladie (art. 32 al. 2 LAMal).

Il serait en effet choquant de faire supporter au contribuable des soins de confort non indispensables. Pourtant, dans la pratique, les litiges portant sur des traitements dentaires purement esthétiques ou des régimes alimentaires fantaisistes ne sont pas rares. Il existe une certaine marge de manœuvre ; il faudrait l'utiliser en s'appuyant sur les critères d'adéquation, d'efficacité et de caractère économique.

Le remboursement des frais de maladie et d'invalidité entraîne une charge administrative très importante aux organes d'application des PC. Le contrôle des nombreux justificatifs présentés par les bénéficiaires est particulièrement fastidieux. Le remboursement forfaitaire

à tous les bénéficiaires PC n'est pas une mesure valable pour réduire les coûts. D'après les calculs effectués par les caisses de compensation, ce système coûterait plus cher que le remboursement effectif des frais. Afin de simplifier les procédures et de réduire les coûts, on pourrait par contre favoriser l'échange électronique de données entre les assureurs-maladie et les organes PC. La base légale n'existe pas. Il faudrait la créer.

5.5 Empêcher le dessaisissement de fortune

Le calcul des prestations complémentaires tient compte des éléments de fortune dont l'assuré s'est dessaisi, sans contre-prestation équivalente et sans obligation juridique. Le montant de la donation est ajouté à la fortune, comme si celui qui s'est défait d'un bien immobilier ou d'un capital en était encore propriétaire. Toutefois, l'art. 17a OPC (RS 831.301) prévoit une réduction progressive du montant pris en compte comme élément de fortune, à raison de 10'000 francs par année. On pourrait envisager des conditions plus restrictives. Les organes PC estiment que la pratique du Tribunal fédéral est souvent très favorable à l'assuré. La Haute Cour ne tient pas compte de manière systématique des éléments de fortune dont l'assuré s'est dessaisi. Cela ne nous paraît pas judicieux ; accepter sans les sanctionner des dessaisissements de fortune est de nature à porter atteinte au système des trois piliers.

Dans les pays limitrophes de la Suisse, les prestations du type PC ne sont généralement accordées qu'aux personnes qui n'ont pratiquement pas ou plus de fortune. Pour rendre plus sévère la pratique actuelle basée sur la jurisprudence du Tribunal fédéral, une modification de la loi est nécessaire.

Se pose aussi la question des effets du nouveau régime de financement des soins sur le comportement des rentiers qui ne touchent pas des PC. Maintenant, toutes les personnes qui ont besoin de soins ont droit à un soutien financier important, indépendamment de leur fortune et de leur revenu. De ce fait, le risque financier lié à un séjour dans un home est devenu beaucoup plus facile à prévoir. Il suffit de procéder à un calcul simple pour se faire une idée des coûts (taxe journalière moyenne plus la participation maximale aux coûts, le tout multiplié par 365). Cela revient entre 40'000.- à 60'000.- francs. Il est trop pour dire si la prévisibilité des coûts incitera les assurés à se dessaisir de leur fortune.

5.6 Adapter le plafond pour les loyers

Pour calculer les prestations complémentaires des personnes vivant à domicile, on prend en compte les frais de loyer (loyer net plus charges), mais seulement jusqu'à un montant maximum, correspondant à 13'200 francs pour les personnes seules et à 15'000 francs pour les couples et les personnes avec enfants. Or, les loyers ont fortement augmenté depuis 2001, année où ces montants ont été fixés dans la LPC. Ces limites légales sont manifestement inadéquates. Le Conseil fédéral pourrait adapter le plafond pour le loyer en vertu de l'art. 19 LPC mais il ne le fait pas. Raison pour laquelle plusieurs interventions déposées récemment au Parlement demandent de définir des montants plus proches de la situation du marché du logement. Nous pensons aussi que le système devrait mieux refléter la réalité économique sans pour autant créer des incitations indésirables à accepter des logements trop chers.

Pour des questions de praticabilité et de coûts, il n'est évidemment pas possible de couvrir les loyers effectifs dans le système de PC. Par contre, il conviendrait de faciliter l'adaptation des plafonds. Les cantons où les loyers sont supérieurs à la moyenne suisse sont la possibilité de verser, à leur charge, des prestations plus élevées que celles prévues dans la LPC (art. 2, al. 2 LPC). Le canton de Zoug, par exemple, a fait usage de cette compétence et a adopté une réglementation dans ce sens. La participation indirecte des cantons aux frais de logement peut bien entendu être aménagée mais elle n'est pas suffisante et surtout elle

est contraire à l'esprit de la RPT 2008. Le loyer fait en effet partie des dépenses reconnues les plus importantes dans le cadre du calcul des PC. Il doit ce fait être majoritairement à la charge de la Confédération. Il serait contraire à la conception de la RPT que la Confédération se retire et laisse aux cantons cette tâche commune. Il est donc préférable d'agir au niveau fédéral. Le Conseil fédéral devrait faire un usage plus régulier de la compétence qui lui est conférée à l'art. 19 LPC. Si le système des PC ne tient pas suffisamment compte de la situation effective, l'idée même d'un système de prestations de besoin risque d'être remise en cause. Cette mesure participe ainsi à la consolidation du système en le rendant plus proche de la réalité économique.

6. Mesures dans le domaine de la prévoyance professionnelle

Le fait de disposer au moment de la retraite d'une bonne prévoyance professionnelle et des économies personnelles réduit considérablement le risque de devoir recourir aux prestations complémentaires pour vivre. Encourager la constitution et la préservation du capital de prévoyance est donc un bon moyen de freiner l'augmentation des dépenses dans les PC.

6.1 Préserver le capital de prévoyance professionnelle

Conformément aux articles 111 et 113 de la Cst, la prévoyance professionnelle doit permettre aux personnes âgées et aux invalides de maintenir de façon appropriée leur niveau de vie antérieur. Or, la législation autorise l'assuré à utiliser tout ou partie de son avoir LPP pour se mettre à son compte. Si l'entreprise échoue, les fonds investis risquent d'être partiellement ou totalement perdus, entraînant une diminution importante des prestations de prévoyance au moment de la retraite.

Il y a aussi des risques lorsque l'assuré choisit au moment de sa retraite de toucher le capital de prévoyance professionnelle en lieu et place d'une rente et ne l'utilise pas à des fins de prévoyance. Ou, dans une moindre mesure, lorsque l'assuré utilise son capital de prévoyance pour devenir propriétaire de son logement. Celui qui achète avec son 2^e pilier un appartement ou une maison au-dessus de ses moyens risque aussi d'épuiser rapidement son capital. De même, celui qui achète un bien immobilier à un prix trop élevé peut perdre tout ou partie du capital investi, s'il est obligé de le vendre ensuite à un prix inférieur.

Même s'ils perdent tout ou partie de leur avoir de prévoyance, les intéressés conservent intact leur droit aux prestations complémentaires. Ainsi, la collectivité publique vient-elle au secours de personnes qui avaient un capital de prévoyance mais l'ont perdu ou ont contribué à sa diminution en se lançant dans une activité indépendante, en acquérant un logement ou encore en l'utilisant à d'autres fins. Il est évident que ce genre de situation se produit inévitablement (échec de l'activité indépendante, mauvais investissement immobilier) et que l'Etat ne peut ni ne doit les empêcher. Ce n'est pas à la collectivité publique d'amortir totalement des risques pris par l'assuré. En Suisse, la sécurité sociale est clairement axée sur les risques. Dans ce domaine, on s'expose à ce que des risques qui n'ont pas été prévus par le législateur soient introduits dans le système de compensation de la sécurité sociale. Il faut empêcher cela, pour éviter des dépenses inutiles en matière de PC.

La prévoyance sociale n'a pas été conçue pour soutenir la création d'entreprises et encourager l'accession à la propriété du logement. Elle a été créée pour assurer un revenu de remplacement au moment de la retraite. Pour éviter la possible perte du capital LPP dans le cadre d'une activité indépendante ou de l'acquisition d'un logement, et les conséquences négatives sur les prestations complémentaires, il faudrait envisager de fixer de nouvelles exigences, plus restrictives, pour l'octroi. Ou, en ce qui concerne la politique d'encouragement à la propriété du logement, trouver d'autres sources de financement pour remplir le mandat constitutionnel de l'art. 111 al. 4 Cst. Les discussions actuelles montrent sur la suppression de la valeur locative et l'épargne-logement que la Confédération a certains instruments à disposition. Le mandat constitutionnel de l'encouragement à la

propriété (art. 108 Cst) peut être rempli, sans toucher aux PC. Il est clair que les PC sont des prestations de besoin financées par l'impôt et non un instrument d'encouragement à l'accession à la propriété.

Il est nécessaire d'introduire des restrictions dans la LPP. On peut aussi prendre parallèlement des mesures correctives du côté des prestations complémentaires. Genève l'a fait. Dans ce canton, les personnes qui ont choisi au moment de la retraite un capital de prévoyance professionnelle en lieu et place d'une rente et qui l'ont consacré à un autre but que celui de la prévoyance n'ont plus droit aux prestations complémentaires cantonales.

6.2 Se constituer un avoir de prévoyance professionnelle

Certaines personnes passent encore à travers les mailles du filet de la prévoyance professionnelle, alors même qu'elles exercent une activité lucrative. Le 2^e pilier n'est pas obligatoire pour les indépendants. Ceux-ci font rarement usage de la possibilité qui leur est offerte de s'affilier facultativement. N'ayant souvent aucune prévoyance professionnelle, les indépendants peuvent rapidement se retrouver dans une situation précaire, quand ils arrivent à la retraite ou deviennent invalides. Il faudrait, pour le moins, encourager les indépendants à cotiser davantage au 2^e pilier.

La prévoyance professionnelle est obligatoire pour les salariés. Mais tous ne sont pas pour autant couverts. Un travailleur doit réaliser actuellement un salaire annuel d'au moins 20'080 francs pour être assujéti à titre obligatoire à la LPP. Pour les personnes à petit revenu ou à temps partiel, cette limite inférieure a pour conséquence principale un affaiblissement, voire une absence totale de couverture au 2^e pilier. Si on veut que tous les salariés soient assurés à la LPP, il faudrait supprimer la déduction de coordination. Les coûts supplémentaires que cette proposition entraîne pour les employeurs et les caisses de pension sont à notre avis défendables, car ils sont dans la logique du système.

Il en va de même pour les jeunes salariés. Au début de leur carrière, ils cotisent uniquement pour les risques de décès et d'invalidité. La constitution d'un avoir de vieillesse ne commence qu'à l'âge de 25 ans. Abaisser le début de l'obligation de cotiser à la LPP à 18 ans, parallèlement à l'AVS, permettrait aux personnes qui commencent tôt dans la vie active de se constituer un pécule plus important pour leur retraite.

6.3 Encourager la prévoyance-vieillesse individuelle

La prévoyance individuelle liée (pilier 3a) existe depuis 1987, sous la forme qu'on connaît. Cet instrument a pour but d'encourager par des incitations fiscales la constitution d'une épargne vieillesse.

Malgré l'intérêt de ce mode d'épargne, seuls 28 pour cent des contribuables versent des contributions au pilier 3a (chiffres 2005 de l'Administration fédérale des contributions). Il faudrait renforcer l'attrait du 3^e pilier, en créant des incitations fiscales plus fortes.

Nous savons que cette proposition est contradictoire : il n'y a aucun sens à augmenter les déductions fiscales pour les personnes ayant de bons revenus sans augmenter le taux d'épargne des classes de revenus inférieures. Raison pour laquelle la couverture des besoins vitaux doit principalement reposer sur le 1^{er} et le 2^e pilier et ne peut pas passer massivement par le 3^e pilier. D'ailleurs, l'implication plus grande du 3^e pilier pourrait se faire de manière plus marquée qu'aujourd'hui dans le cadre du dessaisissement de fortune (chapitre 5.5). Les éléments de fortunes, tels que les immeubles, les droits d'habitation, les capitaux doivent être utilisés pour les risques définis dans la Constitution.

7. Mesures à prendre dans le domaine du financement des soins

7.1 Examiner l'introduction d'une assurance de soins ou de dépendance

En 2009, 65'000 bénéficiaires de PC vivaient dans un home, ce qui représentait 50% des pensionnaires de ces établissements. Les prestations complémentaires jouent un rôle toujours plus important dans le financement du séjour dans un EMS. Très souvent, les assurés ne disposent pas de ressources nécessaires pour couvrir les frais de pension, qui sont généralement élevés dans les homes. Ils ont recours aux prestations complémentaires.

Contrairement à d'autres pays, la Suisse n'a pas d'assurance spécifique de soins. Elle a choisi une autre voie, préférant combiner les prestations d'assurance existantes (LAMal, LAVS, LPC). Le nouveau régime de financement des soins, qui est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2011, prévoit notamment une amélioration de la situation des personnes vivant dans les homes par le biais des prestations complémentaires. Le Parlement a relevé certaines limites légales, dans le but d'ouvrir plus largement le droit aux PC. Les pensionnaires de homes de la classe moyenne sont toujours plus nombreux à dépendre des prestations complémentaires pour financer les frais de séjours dans un EMS. Les PC assument de plus en plus le rôle d'une «assurance pour soins», s'éloignant de leur but initial (couverture des besoins vitaux).

Avec le vieillissement démographique, le risque de dépendance va guetter des couches toujours plus larges de population. De plus en plus de personnes devront puiser dans leurs économies et/ou faire appel aux prestations complémentaires pour financer leur séjour en institution. Le phénomène commence déjà à toucher la classe moyenne, qui a de plus en plus besoin des PC pour faire face aux coûts d'un séjour dans un EMS. Par nature, les prestations de besoin, comme les PC, ne sont pas destinées à couvrir autre chose que les cas de rigueur. Lorsque le besoin de protection sociale est plus général, il est préférable de mettre en place un régime d'assurance universelle avec des cotisations. Vu l'ampleur prise par les PC dans le financement des séjours en EMS, il vaudrait la peine de réfléchir à la création, d'une véritable assurance de soins, comme cela s'est fait dans les pays qui nous entourent.

L'histoire des assurances sociales montre, y compris en Suisse, qu'un problème démographique qui touche la classe moyenne (longévité et augmentation du nombre de personnes âgées) se règle de préférence par une solution de type assurance plutôt que par une solution du type prestations de besoin. Il n'est pas judicieux de baser une politique pour la classe moyenne sur les prestations complémentaires. A moyen terme, les limites financières seront atteintes. En outre, les systèmes basés sur des prestations de besoin sont, de par leur nature, plus intrusifs pour l'assuré que les systèmes classiques d'assurance (AVS et prévoyance professionnelle). Pour ces raisons, une assurance classique avec des primes et des prestations clairement définies serait préférable.

7.2 Gérer de manière ciblée les coûts des homes

Selon une enquête réalisée en mai 2008 par Bilan, les coûts de séjour en EMS peuvent connaître des écarts allant du simple au quadruple. Un expert de l'Obsan cité par cet hebdomadaire indiquait que, de 1995 à 2005, les coûts des établissements médico-sociaux (EMS) et des services d'aide et de soins à domicile avaient augmenté de plus de 45% en termes réels. Le fait qu'il y ait de différences de catégories entre les EMS comme le fait qu'il y ait des différences de revenu entre les assurés, retraités ou non, est acceptable dans notre conception des assurances sociales. Les assurances sociales ont du reste été créées pour couvrir l'ensemble de la population. Les PC constituent le dernier filet de sécurité. Plus de la moitié des pensionnaires n'arrivent pas à assumer les taxes de home par leurs propres

moyens. Une partie des dépenses est remboursée par l'assurance-maladie. Pour le reste, ce sont les prestations complémentaires qui prennent le relais. L'entrée en vigueur du nouveau régime de financement des soins début 2011 et le relèvement massif des limites pour la fortune dans les PC a encore aggravé la situation

Face à la croissance des dépenses et aux écarts constatés entre EMS, on devrait se demander quels frais doivent être pris en charge par les PC. A notre sens, seules les prestations qui remplissent les critères d'efficacité, d'adéquation et du caractère économique devraient être remboursées par la collectivité publique. Il faudrait revoir le catalogue des prestations en ayant à l'esprit ce principe de base des PC : limiter le remboursement aux dépenses nécessaires dans les limites d'une fourniture économique et adéquate des prestations. Autrement dit, pas de luxe ni de superflu pour les séjours dans les homes à la charge des PC.

8. Revoir l'imposition minimum vital

Contrairement aux rentes AVS et AI, les prestations complémentaires sont libres d'impôts. Ce privilège crée des inégalités de traitement entre contribuables. Des personnes qui ont des revenus parfaitement identiques doivent verser au fisc des montants totalement différents, selon qu'ils sont bénéficiaires PC ou non.

Bien que volontairement schématisés, les exemples ci-dessous illustrent parfaitement le problème. A ressources égales, les rentiers A et B, de même que le rentier AI C et le salarié D n'ont pas le même revenu imposable :

	Rentier AVS A	Rentier AVS B
Rente	5000.-	1000.-
PC	1000.-	5000.-
Revenu total	6000.-	6000.-
Revenu imposable (sans déduction)	5000.-	1000.-

	Rentier AI C	Salarié D
Rente	2000.-	
PC	4000.-	
Salaire		6000.-
Revenu total	6000.-	6000.-
Revenu imposable (sans déduction)	2000.-	6000.-

Il n'est pas rare que les personnes qui travaillent pour un salaire modeste soient moins bien loties que celles qui touchent un montant équivalent par le biais des prestations complémentaires. Ou qu'un retraité qui a travaillé et cotisé toute sa vie à l'AVS se retrouve avec moins de ressources qu'un autre qui n'a pratiquement rien versé à l'AVS, parce que l'un a droit aux PC et pas l'autre. Ces différences sont parfaitement injustes. Ce sentiment d'iniquité est encore accentué par le fait que les bénéficiaires de PC sont doublement avantagés par rapport au reste de la population. Ils ne paient pas d'impôts sur les PC et ont droit, en plus à partir d'un seul franc de PC, au remboursement de leurs frais de médecin, de dentiste et de pharmacie, d'assurance-maladie et de la redevance radio. Même les

cotisations AVS/AI/APG dues en tant que non actifs leur sont payées. Le privilège fiscal renforce les effets de seuil présents dans les PC.

En vertu de la loi fédérale sur l'impôt fédéral direct et de la loi fédérale sur l'harmonisation des impôts directs des cantons et des communes, les rentes AVS et AI sont intégralement imposées. En revanche, les PC sont expressément exonérées de l'impôt (art. 24 let. d LIFD ; art. 7 al. 4 let. k LHID). Il appartient aux cantons de fixer le barème d'impôt, et de déterminer à partir de quel montant un contribuable, qui n'est pas bénéficiaire PC, est imposé. Aux cantons de prendre les mesures nécessaires.

Il n'y a pour ainsi dire pas de problème sur le plan fédéral. En effet, l'impôt fédéral direct a été conçu de telle manière que les revenus modestes, quelle que soit leur composition, sont pratiquement exonérés. L'exonération du minimum vital est assurée de fait par l'aménagement du barème et des déductions.

Il y a deux possibilités radicales pour diminuer les effets de seuil : déclarer dans la législation fédérale que les PC sont assujetties à l'impôt ou décréter que ces classes de revenus sont franches d'impôt pour tous les contribuables.

Berne, le 26.04.2011

Annexes

Informations de base sur les PC (évolution historique, chiffres, exemple de calcul)

Indications rédactionnelles

Les désignations de personnes utilisées au masculin dans ce document valent pour les deux sexes.

Impressum

Conférence des caisses cantonales de compensation www.avsch.ch

Groupe de travail par ordre alphabétique

- Marie-Pierre Cardinaux, responsable du bureau de la Conférence des caisses cantonales de compensation
- Andreas Dummermuth, Directeur de la caisse de compensation / office AI Schwyz
- Bergita Kayser, Directrice de l'Etablissement des assurances sociales du canton d'Argovie
- Pierre-Yves Schreyer, directeur de la Caisse cantonale neuchâteloise de compensation

Personnes de contact en allemand et en français

- Franz Stähli, président, fst@svazurich.ch
- Andreas Dummermuth, vice-président, andreas.dummermuth@aksz.ch

Annexe 1

Génèse des prestations complémentaires

Selon le principe des trois piliers de la prévoyance vieillesse, survivants et invalidité, conception que le Conseil fédéral a exposée pour la première fois lors de la sixième révision de l'AVS, il incombe à cette dernière de couvrir les besoins vitaux des bénéficiaires de rentes. Ce but n'étant pas toujours atteint, une loi a été édictée à cette fin: la Loi fédérale sur les prestations complémentaires.

Celle-ci est entrée en vigueur le 1er janvier 1966. Auparavant déjà, de nombreux cantons avaient créé des systèmes de prestations complémentaires, très différents les uns des autres, mais que la législation fédérale des PC a pu largement unifier.

1er janvier 1971: Première révision des PC

Les limites de revenu sont relevées, de même que sont augmentées les déductions pour loyer.

La réglementation de tous les détails concernant le droit aux prestations et le calcul de celles-ci est confiée au Conseil fédéral; l'application d'un système uniforme pour toute la Suisse est ainsi assurée.

3 décembre 1972: Article constitutionnel

L'article 11 des dispositions transitoires de la Constitution fédérale procure à la Confédération une base constitutionnelle formelle en matière de prestations complémentaires.

1er janvier 1979: Neuvième révision de l'AVS

Le Conseil fédéral reçoit, dans le cadre de la neuvième révision de l'AVS, le pouvoir d'ajuster de manière appropriée les revenus limites pour les prestations complémentaires.

1er janvier 1986: Nouvelle répartition des tâches entre la Confédération et les cantons

La participation de la Confédération aux dépenses des cantons pour les prestations complémentaires, qui allait de 30 à 70 %, est ramenée à une proportion de 10 à 35 %.

1er janvier 1987: Deuxième révision des PC

La déduction pour loyer est sensiblement augmentée. Pour les bénéficiaires de rentes de vieillesse, la fortune est en revanche, dans la limite de ce que l'on peut raisonnablement exiger, plus fortement prise en compte comme revenu et seul le revenu de l'activité lucrative reste au bénéfice d'une prise en compte partielle. Les subventions maximales à Pro Infirmis et à Pro Senectute sont substantiellement accrues.

Pour la couverture des frais résultant du séjour dans un home, de la maladie, des soins ou de moyens auxiliaires, la limite de revenu est augmentée d'un tiers. Pour considérer de tels frais, les cantons peuvent, à leur tour, relever ces limites d'un tiers supplémentaire.

1er janvier 1988: Deuxième révision de l'AI

Les personnes qui bénéficient pendant six mois au moins d'une indemnité journalière de l'AI ont également droit aux prestations complémentaires. Les bénéficiaires des quarts de rente de l'AI ne peuvent pas prétendre aux prestations complémentaires.

20 août 1991: Allocation de jubilé

Les personnes qui bénéficient d'une prestation complémentaire mensuelle pour le mois de septembre 1991 reçoivent une allocation de jubilé unique de 700 francs.

1er janvier 1997: Dixième révision de l'AVS

Transfert des rentes extraordinaires avec limites de revenus dans le système des prestations complémentaires.

Pas de réduction de la prestation complémentaire en cas d'anticipation de la rente AVS.

1er janvier 1998: Troisième révision des PC

Introduction du loyer brut. Modification du système de calcul des prestations complémentaires (dépenses moins revenus) et simplifications.

Nouvelle réglementation des frais de maladie remboursables.

Traitement privilégié du logement appartenant et servant d'habitation aux bénéficiaires de prestations complémentaires.

Adaptation des montants destinés à la couverture des besoins vitaux.

Amélioration de l'information.

1er janvier 1999

Adaptation des prestations à l'évolution des prix et des salaires.

La valeur de rachat des rentes viagères avec restitution est prise en compte comme élément de fortune.

1er janvier 2001

Adaptation des montants destinés à la couverture des besoins vitaux et des frais de loyer.

1er janvier 2003

Adaptation à l'évolution des prix et des salaires.

1er janvier 2005

Adaptation à l'évolution des prix et des salaires.

1er janvier 2007

Adaptation à l'évolution des prix et des salaires.

1er janvier 2008: RPT et nouvelle LPC

Avec les dispositions constitutionnelles du 28 novembre 2004, le peuple et les cantons ont clairement accepté la Nouvelle péréquation financière et la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT).

Le nouvel article 112a de la Constitution fédérale définit le principe que les prestations complémentaires sont octroyées par la Confédération et les cantons. Dans la nouvelle LPC du 6 octobre 2006, le niveau du régime des PC ainsi que les tâches et les compétences de la Confédération et des cantons ont été fixés.

La nouvelle solution peut être esquissée de la manière suivante:

- La Confédération est compétente essentiellement pour la partie des PC assurant le minimum vital et en finance 5/8 des dépenses.

- Les cantons prennent en charge 3/8 des dépenses assurant le minimum vital, règlent et financent les frais du domaine des homes et de la santé.

Ce changement de système prévu dans la Constitution fédérale a engendré une ordonnance fédérale sur le régime des prestations complémentaires entièrement révisée (OPC-AVS/AI).

Dans la foulée, les cantons ont modifié leur propre loi introductive.

1er janvier 2009

Adaptation à l'évolution des prix et des salaires.

1er janvier 2011: Nouveau régime du financement des soins

La loi fédérale du 13 juin 2008 sur le nouveau régime du financement des soins est entrée en vigueur le 1er janvier 2011. Elle modifie la LAVS, la LAA et la LPC. La situation financière de tous les bénéficiaires de prestations complémentaires est améliorée par l'augmentation de 50 % de la limite de la franchise pour la prise en compte de la fortune. En plus, les cantons doivent faire en sorte que lors du séjour dans un home médicalisé, le bénéficiaire ne soit pas dépendant de l'aide sociale.

Annexe 2 **Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben** **Evolution des finances des PC (depuis 1990)**

En 2006, les PC représentaient environ 2,6 pour cent des dépenses des assurances sociales. Cela correspondait à 3,080 milliards de francs sur un total de 118,2 milliards de francs.

<i>En mio. de francs</i>		1990	2000	2008	2009
Total des recettes		1'434	2'288	3'680	3'906
Contributions des pouvoirs publics	Total	1'434	2'288	3'680	3'906
	Dont Confédération	329	500	1'146	1'210
Total des dépenses		1'434	2'288	3'680	3'906
Prestations totales		1'434	2'288	3'680	3'906

Source: Office fédéral des assurances sociales, Statistiques des assurances sociales suisses

La plupart des lois cantonales d'introduction prévoient une participation des communes au financement.

La signification économique d'un montant de 3 milliards peut être traduite de la manière suivante: en 2006, un pour cent de salaire équivalait à 2,7 milliards de francs, un pour cent de TVA générerait pratiquement la même somme.

Annexe 3

Evolution du nombre de bénéficiaires PC (dès 1990)

Année	Bénéficiaires PC en fin d'année avec:			Total	Bénéficiaires PC en % des bénéficiaires de rente de:		
	PC à l'AV	PC à l'AS	PC à l'AI		PC à l'AV	PC à l'AS	PC à l'AI
1990	118'286	2'398	30'695	151'379	14,4	4,7	24,5
1991	126'050	2'388	33'097	161'535	15,2	4,8	25,5
1992	124'900	2'176	34'230	161'306	14,9	4,4	25,5
1993	122'664	2'477	36'297	161'438	14,5	5,1	25,9
1994	121'772	2'285	38'204	162'261	14,3	4,8	25,8
1995	122'291	2'278	40'876	165'445	14,1	4,9	26,5
1996	110'409	2'275	41'806	154'490	12,6	5,0	26,0
1997	117'928	2'679	46'331	166'938	13,1	5,7	27,6
1998 ¹	132'931	1'718	52'263	186'912	11,0	3,6	22,9
1999	137'045	1'947	57'377	196'369	11,3	4,1	23,9
2000	138'894	1'948	61'817	202'659	11,3	4,1	24,6
2001	137'698	2'345	67'800	207'843	11,3	4,6	25,0
2002	141'076	2'322	73'555	216'953	11,5	4,6	25,5
2003	143'628	2'405	79'282	225'315	11,6	4,7	26,0
2004	146'910	2'510	85'370	234'790	11,8	5,0	27,2
2005	149'586	2'917	92'001	244'504	12,0	5,8	28,9
2006	153'537	3'003	96'281	252'821	12,1	6,0	31,0
2007	155'617	3'100	97'915	256'632	12,0	6,3	32,4
2008	158'969	3'156	101'535	263'660	11,6	6,4	36,0
2009	164'078	3'280	103'943	271'301	11,7	6,8	37,2

¹ Dès 1998 y compris le montant forfaitaire pour primes d'assurance-maladie.

Source: Office fédéral des assurances sociales, Statistiques des assurances sociales suisses

La statistique montre que le nombre total de bénéficiaires PC a augmenté entre 1990 et 2009 de presque 80 pour cent. Les personnes avec une rente AI, qui n'ont pas de prestations du 2e pilier ou seulement une prestation faible représentent la majeure partie des nouveaux bénéficiaires.

Annexe 4**Exemple de calcul simple des PC**

Rentier AVS célibataire vivant chez lui

Dépenses		
Primes d'assurance-maladie	3'852	
Loyer brut maximum	13'200	
Montant pour besoins vitaux	19'050	
Total		36'102
Revenus		
Fortune 40'000 après déduction de la franchise = 2'500		
Imputation de la fortune 1/10	250	
Revenu de la fortune	600	
Rente AVS 1'664	19'968	
Caisse de pension 300	3'600	
Total		24'418
Différence		11'684
PC mensuelle		974