

Structure de la sécurité sociale suisse

Thème No 8

Les pages qui suivent proposent une sélection de termes tirés de :

J.-P. Fragnière, R. Girod (Éds.), *Dictionnaire suisse de politique sociale*, Lausanne, Réalités sociales, 2002 (2^e édition revue et augmentée).

L'objectif visé est de suggérer quelques notions et questionnements ouvrant des portes sur le thème indiqué, en guise d'introduction. Il ne s'agit pas de considérer ce qui suit comme une liste de définitions figées et définitives, mais comme un instrument permettant une première problématisation du sujet d'étude.

Le texte reproduit ici est un document de travail, il peut contenir quelques erreurs typographiques liées aux travaux de transcription, seul l'original fait foi

1

Sécurité sociale - Assurance sociale (Notion générale) - Assurance (Principe de l') - Assurances sociales (Coordination des) - Assurances privées - Champ d'application personnel - Sécurité sociale (Généralisation de la) - Universalité - Régime professionnel - Prestations de sécurité sociale - Primauté des prestations - Primauté des cotisations - Répartition - Répartition (Méthodes de) - Capitalisation

2

Sécurité sociale (Architecture de la) - Trois piliers - Assurance - vieillesse et survivants (AVS) - Assurance-invalidité (AI) - Prévoyance professionnelle - Libre passage dans la prévoyance professionnelle - Troisième pilier (ou prévoyance individuelle) - Rentes de vieillesse - Rentes d'invalidité - Assurance-maladie (AM) - Assurance-accidents - Assurance militaire - Assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité (Loi fédérale sur l') - Maternité (Protection de la) - Prestations complémentaires (PC) - Aide sociale

Termes présents dans le dictionnaire et non repris dans ce document

(Cf. Thèmes No 1 et 3)

Sécurité sociale (Théorie générale de la); Sécurité sociale (Codification de la); Sécurité sociale (Environnement de la); Sélectivité; Solidarité; Ciblée politique; Effet pervers; Protection sociale.; Protection sociale (Évolution de la législation). Protection sociale (Articles constitutionnels sur la); Démantèlement social; Néo-libéralisme; Précarisation (Mécanismes de la); Insécurité sociale; Eventualité; Risque; Assureurs-maladie; Assureurs-maladie suisses (Santésuisse); Fondations collectives

et communes (prévoyance professionnelle) ; Assurances en cas d'accidents (Caisse nationale suisse d') (CNA) ; Assurance-maladie et l'assurance-accidents (Article constitutionnel sur l') ; Assurance-maladie complémentaire ; Financement de la sécurité sociale : aspects économiques ; Financement de la sécurité sociale : aspects juridiques ; Régime de base ; Assurances sociales (Partie générale du droit suisse des)

1

Sécurité sociale

La sécurité sociale est née au milieu du XXe siècle, dans un contexte très difficile marqué par la Seconde guerre mondiale et la reconstruction. L'Organisation internationale du Travail (OIT) a joué un rôle essentiel dans l'élaboration de cette grande institution : elle a notamment adopté la Déclaration de Philadelphie (1944), la Convention OIT No 102 concernant la norme minimum de la sécurité sociale (1952) et plusieurs instruments l'améliorant. Les Nations Unies ont reconnu à chaque être humain le droit à la sécurité sociale (Déclaration universelle des Droits de l'Homme, 1948 ; Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, 1966). La sécurité sociale tend à une vision globale : protection de l'ensemble de la population, à l'égard des risques ou éventualités considérés comme les plus importants.

Selon sa définition classique, la sécurité sociale couvre neuf éventualités : soins médicaux, indemnités de maladie, maternité, accidents du travail et maladies professionnelles, vieillesse, survivants, invalidité, chômage, charges familiales. Cette liste tend à être complétée par la dépendance et la pauvreté. Selon sa définition fonctionnelle, la sécurité sociale a pour missions de garantir l'accès aux soins de santé, des ressources de base, un revenu de remplacement, l'insertion et la réinsertion sociale et professionnelle.

La sécurité sociale est une institution complexe, au service des êtres humains, qui peut combiner : des conceptions de la protection (unifiée ou diversifiée) ; des régimes universels ou à portée plus réduite ; des prestations en nature, en espèces et en services, inconditionnelles ou liées à des conditions de ressources ; des techniques de protection (assurances sociales, service public, assistance sociale), différentes institutions (publiques ou privées, mais alors contrôlées) ; des techniques de financement (répartition, capitalisation, systèmes mixtes), liées à des sources (cotisations sur le revenu du travail, sur l'ensemble des revenus, fiscalité directe et indirecte, placements). L'assurance sociale joue généralement un rôle important dans les systèmes.

La sécurité sociale implique la solidarité entre revenus et entre générations. Avec une intensité extrêmement variable (de l'ébauche de régimes à des systèmes quasiment complets), la sécurité sociale est actuellement présente dans le monde entier. Elle constitue un mode essentiel de répartition des richesses créés et amortit les chocs causés par les transitions économiques et par la mondialisation.

R. Bureau international du Travail, *Introduction à la sécurité sociale*, 3e éd., BIT, Genève, 1986. — J.-J. Dupeyroux, *Droit de la sécurité sociale*, 13e éd. par Rolande Ruellan, Dalloz, Paris, 1998. — G. Perrin, *Histoire du droit international de la sécurité sociale*, Association pour l'étude de l'Histoire de la Sécurité Sociale, Paris, 1993.

Voir : Conventions de l'OIT, — Déclaration de Philadelphie — Droits de l'homme (Convention européenne des) — Financement de la sécurité sociale : aspects économiques — Financement de la sécurité sociale : aspects juridiques — Prestations de sécurité sociale — Protection sociale — Sécurité sociale (Codification de la) — Sécurité sociale (Architecture de la) — Sécurité sociale (Environnement de la) — Sécurité sociale (Théorie générale de la) — Solidarité — Universalité.

Pierre-Yves Greber

Assurance sociale (Notion générale)

L'assurance sociale est une invention allemande, de la fin du XIXe siècle ; son origine est associée au chancelier impérial Bismarck, qui a piloté le projet et l'implantation de cette forme de protection.

Les caractéristiques générales de l'assurance sociale sont :

- la reprise de la technique de l'assurance, mais en en faisant une institution de protection sociale ;
- une affiliation obligatoire en vertu de la loi (pas de sélection selon le degré de risque) ;
- un droit légal à des prestations lorsqu'un risque défini se réalise et que les conditions d'octroi sont remplies ;
- une protection qui tend à se rapprocher du gain de l'assuré ;

— une organisation autonome à l'égard de l'Etat, tout en étant sous son contrôle ;
— un financement qui associe personnes protégées, employeurs et Etat, les cotisations ne tenant pas compte du niveau de risque.

Invention majeure, l'assurance sociale est intégrée dans le concept de sécurité sociale.

R. J.-J. Dupeyroux, *Droit de la sécurité sociale*, 13^e éd. par Rolande Ruellan, Dalloz, Paris, 1998, pp. 36 ss. — E. Eichenhofer, *Sozialrecht. 2. Auflage*, Mohr Siebeck, Tübingen 1997, pp. 17 ss.

Voir : Assurance (Principe de l') — Sécurité sociale

Pierre-Yves Greber

Assurance (Principe de l')

Le principe de l'assurance, en droit de la sécurité sociale, peut comprendre plusieurs aspects :

— c'est d'abord une référence à l'assurance sociale, soit une technique de protection au service de la sécurité sociale, fondée sur le paiement de cotisations ;

— une relation, plus ou moins étroite, entre revenu, cotisations et prestations, typique de l'assurance sociale (p. ex. les indemnités journalières de l'assurance-accidents s'élèvent à 80 % du gain assuré, art. 17 LAA) ;

— la clause d'assurance : le droit à des prestations est subordonné à la condition d'être assuré à un moment fixé par la législation (p. ex. le début de l'incapacité de travail). En Suisse, l'assurance-maladie, l'assurance-accidents, la prévoyance professionnelle appliquent des conditions d'assurance.

R. P.-Y. Greber, *Les principes fondamentaux du droit international et du droit suisse de la sécurité sociale*, Réalités sociales, Lausanne, 1984, pp. 369 ss, RO 2000, p. 2682.

Voir : Assurance sociale (Notion générale) — Financement de la sécurité sociale : aspects juridiques — Prestations de sécurité sociale — Sécurité sociale

Pierre-Yves Greber

Assurances sociales (Coordination des)

Les branches d'assurances sociales se sont développées progressivement, en déterminant, chacune, les personnes protégées, les risques couverts, la notion de salaire assuré, les prestations versées et les conditions d'ouverture du droit. Les règles de coordination permettent de déterminer quel régime s'applique à l'exclusion de tout autre ou, au contraire, quels régimes peuvent intervenir de manière cumulative. Ces règles doivent donc garantir à l'assuré le passage d'un régime à l'autre sans perte de droit et le bénéfice de toutes les prestations auxquelles il peut prétendre, sans que soit violé, pour autant, le principe général prohibant la surindemnisation dans les assurances sociales.

Il n'existe aucune base constitutionnelle donnant, à la Confédération, la compétence de régler, de manière générale, la question de la coordination. Les règles doivent donc être recherchées dans les différentes lois d'assurances sociales. Une première catégorie de dispositions permet de désigner la branche d'assurance qui doit intervenir, à titre provisoire, lorsque la qualification juridique du risque, qui vient de se réaliser, pose problème. Dans le système suisse, cette qualification est d'autant plus importante qu'elle ouvre, à l'intéressé, des droits différents en fonction du régime qui doit couvrir l'événement assuré. Dans cette hypothèse, les règles de coordination garantissent une protection sans faille de l'assuré. Elles ne figurent cependant pas, de manière exhaustive, dans toutes les lois d'assurances sociales.

Une deuxième catégorie de règles détermine la protection accordée lorsque deux risques se réalisent simultanément (accident en période de maladie, p.ex.). Pour les prestations dites « à court terme » (soins de santé, indemnités journalières, notamment), un seul régime est tenu d'intervenir. La règle est identique pour les prestations à long terme (rentes et allocations) ou les prestations en nature (moyens auxiliaires) lorsque deux éventualités se réalisent (invalidité et vieillesse, p. ex.). En droit suisse, il ne peut y avoir cumul. Mais le principe des « droits acquis » garantit le maintien du niveau de prestation lors du passage d'un régime d'assurance à l'autre.

Un seul risque social (décès, invalidité ou vieillesse) peut entraîner l'intervention de plusieurs régimes. Les règles de coordination déterminent, alors, dans quelle mesure les rentes versées par le premier pilier

de la sécurité sociale (AVS/AI) peuvent se cumuler avec les prestations du deuxième pilier (LPP), voire d'un régime particulier (assurance-accidents ou assurance militaire). Les dispositions légales fixent un pourcentage du gain assuré, qui devient la limite de surindemnisation, donc la limite des prétentions que peut faire valoir un assuré.

Le concours de prestations entre assurances sociales et assurances privées est régi par le principe de la « congruence ». Ne peuvent donner lieu à une éventuelle réduction que les prestations affectées au même but (couverture du salaire, p.ex.).

Adoptée le 6 octobre 2000 par le Parlement, la nouvelle Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) contient des dispositions relatives à la coordination entre les différents régimes.

Voix : Assurance-maladie (AM) — Assurance-accidents — Sécurité sociale (Architecture de la)

Béatrice Despland

Assurances privées

En complément aux institutions d'assurances qui relèvent explicitement de l'assurance sociale, la Confédération fait également appel, dans certains domaines, aux assureurs privés pour atteindre des buts de politique sociale.

Ce sont d'abord des institutions d'assurances sur la vie (31 en 1997). Elles représentent environ un quart des 129 institutions qui pratiquent l'assurance directe, en Suisse, et elles gèrent deux tiers de l'ensemble du volume des primes. En grande partie, elles exercent leur activité dans le domaine du deuxième pilier. Dans le cadre des contrats collectifs avec les institutions de prévoyance professionnelle, les assureurs sur la vie complètent le premier pilier (AVS) par le deuxième pilier obligatoire, ainsi que par le deuxième pilier facultatif dans le cadre d'assurances individuelles. En 1995, on estime à 3 millions les personnes assurées collectivement dans le cadre du deuxième pilier, ce qui représente une somme d'assurance d'environ 250 milliards. À cela s'ajoutent les prestations en capital dans l'assurance individuelle pour un montant d'environ 180 milliards, ainsi que des rentes servies ou en attente pour environ 6 milliards de francs. Ces chiffres reflètent une tendance récente à s'assurer contre les risques par l'épargne et les possibilités de couverture qu'offre l'assurance sur la vie.

L'assurance-maladie constitue un secteur important de la politique sociale. La LAMal du 18 mars 1994 a engagé des réformes importantes. Depuis son entrée en vigueur en janvier 1997, 47 assureurs privés exercent leur activité, ont été reconnus et ont reçu l'aval de l'OFAS pour pratiquer l'assurance-maladie obligatoire, cela à côté des caisses-maladie reconnues. Jusqu'à ce jour, les assureurs privés n'ont pas utilisé cette autorisation qui leur est offerte. Leur principal champ d'activité est l'assurance-maladie complémentaire. Celle-ci concerne surtout les personnes qui ne sont pas satisfaites des limites imposées par l'assurance-maladie de base en ce qui concerne le niveau de couverture et les services offerts, qu'elles le puissent ou qu'elles le souhaitent. Ce secteur est aussi ouvert aux assurances-maladie reconnues sous réserve de l'accord et de la surveillance de l'Office fédéral des assurances privées. Soixante-six caisses-maladie ont utilisé cette possibilité.

Cinquante-cinq assureurs privés pratiquent l'assurance-accidents. En partie, ce sont des assureurs vie qui, en prolongement de l'assurance sur la vie, offrent une assurance-accidents. Cependant, en majorité, ce sont des institutions d'assurance-accidents et responsabilité civile. Les assureurs privés qui offrent des prestations d'assurance-accidents obligatoire se trouvent en concurrence avec la CNA pour la pratique de l'assurance sociale.

L'assurance-incendie obligatoire poursuit également des objectifs de politique sociale dans la mesure où elle est couplée avec l'assurance contre les éléments naturels. Cette association permet d'assurer une couverture à des populations vivant dans des zones à risque et qui se trouvent protégées contre les dommages liés aux inondations, aux avalanches ou aux tremblements de terre.

Enfin, il convient de nommer toutes les assurances obligatoires. Elles sont réglées par les pouvoirs publics dans la mesure où sans la couverture qu'elles offrent, certaines parties de la population pourraient subir des dommages qui pourraient les conduire à solliciter l'aide des pouvoirs publics. À titre d'exemple significatif, on peut nommer l'assurance contre les risques liés à l'énergie, au transport des matières

inflammables, ainsi que, bien sûr, l'assurance obligatoire pour les véhicules à moteur. La couverture de ces risques est l'affaire des assureurs privés.

Les institutions d'assurance privée doivent obtenir la reconnaissance du Département fédéral de Justice et Police. Leur solvabilité, leur organisation, et leur gestion sont contrôlées régulièrement par l'Office fédéral des assurances privées.

Voir : Assurance-vieillesse et survivants (AVS) — Prévoyance professionnelle — Trois piliers

jpf

Champ d'application personnel

Le champ d'application personnel est l'une des composantes essentielles de tout système ou régime de sécurité sociale, avec le champ d'application matériel (éventualités), les prestations, l'organisation administrative, financière et contentieuse. Il fait l'objet de règles précises dans les droits nationaux comme dans le droit international. Il s'agit de la détermination des personnes couvertes, qui pourront prétendre aux prestations si elles remplissent les conditions d'octroi de celles-ci. Dans les régimes constitués sous la forme d'assurances sociales, le terme est synonyme d'assurés.

R. Bureau international du travail, *Introduction à la sécurité sociale*, 3e éd., BIT, Genève, 1986, pp. 11 ss.

Voir : Affiliation obligatoire (Principe de l') — Éventualité — Prestations de sécurité sociale — Sécurité sociale — Sécurité sociale (Généralisation de la) — Universalité

Pierre-Yves Greber

Sécurité sociale (Généralisation de la)

La généralisation se rapporte au champ d'application personnel des systèmes et régimes de sécurité sociale. Le terme a un contenu qui varie selon les auteurs. Le sens le plus clair, marquant une distinction à l'égard de l'universalité, consiste à relier ce concept à un critère professionnel. Ainsi, deux stades peuvent être caractérisés : 1. une généralisation à tous les travailleurs salariés (cas, p. ex., en Suisse de l'assurance-accidents et de l'assurance-chômage) ; 2. une généralisation à l'ensemble des travailleurs salariés et indépendants (non réalisée en Suisse). Certains auteurs utilisent cependant le terme de généralisation comme un synonyme de l'universalité.

R. P.-Y. Greber, *Les principes fondamentaux du droit international et du droit suisse de la sécurité sociale*, Réalités sociales, Lausanne, 1984, pp. 94 ss.

Voir : Affiliation obligatoire — Champ d'application personnel — Régime professionnel — Sécurité sociale — Universalité

Pierre-Yves Greber

Universalité

L'universalité se rapporte au champ d'application personnel des systèmes et régimes de sécurité sociale. Elle en représente l'extension maximale (sous réserve de protections facultatives s'étendant à l'étranger). L'universalité consiste dans la couverture à titre obligatoire de l'ensemble de la population résidant dans un État (limitée éventuellement par un critère de nationalité) : salariés, indépendants, personnes sans activité rémunérée. Elle se situe dans la perspective de la reconnaissance du droit à la sécurité sociale à chaque être humain. L'universalité est parfois appelée généralisation. En Suisse, l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (AVS/AI) et l'assurance-maladie (assurance obligatoire des soins) sont universelles.

R. G. Perrin, « Les nouvelles frontières de la sécurité sociale », in : *Revue belge de sécurité sociale*, Bruxelles, 1977, pp. 214 ss.

Voir : Affiliation obligatoire (Principe de l') — Champ d'application personnel — Sécurité sociale — Sécurité sociale (Généralisation de la)

Pierre-Yves Greber

Régime professionnel

Dans un système de sécurité sociale, un régime est qualifié de professionnel lorsque son champ d'application personnel est déterminé par une condition d'appartenance à une activité professionnelle ; son extension peut aller jusqu'à la couverture de l'ensemble de la population exerçant une activité rémunérée. Il se distingue d'un régime universel, ce dernier s'étendant à l'ensemble de la population résidant dans un pays.

En Suisse, l'assurance-accidents (LAA), la prévoyance professionnelle (LPP et surobligatoire), l'assurance-chômage (LACI), les allocations familiales (avec quelques exceptions) ont la qualité de régimes professionnels.

R. G. Perrin, « Les nouvelles frontières de la sécurité sociale », in : *Revue belge de sécurité sociale*, Bruxelles, 1977, pp. 214 ss.

Voïr : Champ d'application personnel — Régime de base — Sécurité sociale — Sécurité sociale (Architecture de la) — Universalité

Pierre-Yves Greber

Prestations de sécurité sociale

Les prestations constituent le cœur des systèmes et des régimes de sécurité sociale. En effet, toutes les autres composantes essentielles (champ d'application personnel et matériel, organisation administrative, financière et contentieuse) sont instituées pour garantir une protection. Le domaine est complexe, car il peut combiner :

- l'intervention de plusieurs régimes (publics ou privés),
- des possibilités de cumul de prestations ou au contraire des priorités,
- des prestations en nature, en espèces et en services ;
- les prestations en espèces peuvent être liées au revenu ou être forfaitaires ;
- les prestations peuvent être servies quelle que soit la situation économique du bénéficiaire ou au contraire être soumises à des conditions de revenus et de fortune ;
- l'octroi de prestations suppose l'observation de conditions, qui peuvent être strictes (cf. chômage) ;
- l'octroi peut être limité dans le temps ou durer aussi longtemps que l'éventualité est réalisée (cf. chômage v. retraite) ;
- les prestations peuvent faire l'objet d'indexations ;
- elles peuvent être exportables ou servies seulement dans le pays compétent ;
- leur calcul peut reposer sur des bases internes ou également considérer des éléments venant d'autres Etats.

R. Bureau international du Travail, *Introduction à la sécurité sociale*, 3e éd., BIT, Genève, 1986. – J. J. Dupeyroux, *Droit de la sécurité sociale*, 13e éd. par R. Ruellan, Dalloz, Paris, 1998.

Voïr : Champ d'application personnel — Coordination — Eventualité — Primauté des prestations — Risque — Sécurité sociale — Sélectivité

Pierre-Yves Greber

Primauté des prestations

Il s'agit, dans les régimes publics ou privés de la prévoyance vieillesse, survivants et invalidité, d'un système dans lequel les prestations sont déterminées — par la loi ou par le règlement de l'institution de prévoyance — selon un certain pourcentage du salaire assuré, qui peut être le dernier salaire touché, le salaire moyen des cinq ou dix dernières années, voire le salaire moyen calculé sur toute la durée de l'affiliation. Le pourcentage du salaire assuré dépend en général de l'âge de l'affilié lors de son admission dans l'institution de prévoyance, souvent aussi de l'âge atteint lors d'augmentations de salaire ou de changements de catégorie professionnelle. Pour que le taux des prestations puisse être maintenu lors des variations du salaire, les charges supplémentaires qui en résultent doivent être financées par des « rappels ou des suppléments » de cotisations. Si le salarié, lors de son affiliation, dépasse l'âge d'entrée qui permet d'obtenir les prestations réglementaires ordinaires, une « finance de rachat » portant sur les années

d'assurance manquantes doit être demandée par l'institution d'assurance, faute de quoi le taux des prestations sera réduit.

Avantage principal du système de la primauté des prestations : il permet de maintenir le niveau relatif des prestations en cas de variations du salaire assuré.

Inconvénient majeur du système de la primauté des prestations : il impose des charges financières de plus en plus lourdes lors de chaque adaptation du montant des prestations à l'évolution des salaires, tout particulièrement en périodes de forte inflation.

Voir : Financement de la sécurité sociale : aspects économiques — Financement de la sécurité sociale : aspects juridiques — Primauté des cotisations — Retraite (Âge de la)

Bernard Viret

Primauté des cotisations

Il s'agit, dans les régimes publics ou privés de la prévoyance vieillesse, survivants et invalidité, d'un système de détermination des prestations fondé sur le montant des contributions versées par les assurés (et leurs employeurs) pendant la durée d'affiliation ; ces contributions sont ordinairement exprimées par la loi ou par le règlement de l'institution de prévoyance en pour cent du salaire cotisant. Le montant des prestations est alors fixé, pour chaque assuré individuellement, en fonction du montant des cotisations dont il a été crédité pendant toute la durée de son affiliation (et en tenant compte, dans le système de capitalisation, des intérêts accumulés). Toute variation du salaire entraîne une modification du niveau des cotisations, mais les prestations ne varient pas dans la même proportion, du fait que la durée résiduelle de cotisations, jusqu'à l'âge de la retraite, devient plus courte lors de chaque nouvelle augmentation de salaire ; il est toutefois possible de corriger ce phénomène par l'application de taux de cotisations progressifs selon l'âge atteint.

Avantage du système de la primauté des cotisations : il confère une grande sécurité financière aux employeurs et aux assurés, leurs charges étant déterminables avec exactitude.

Inconvénient du système de la primauté des cotisations : exprimées en pour cent du salaire, les prestations diminuent lors de chaque adaptation de celui-ci.

Le régime des prestations de l'AVS/AI peut être qualifié de *mixte*. Ni réelle primauté des prestations, ni véritable primauté des cotisations. Le montant de la rente de vieillesse découle d'une formule complexe, comprenant plusieurs paramètres ; il est enserré au surplus entre un montant minimum et un montant maximum. En vertu de l'article 34 LAVS, la rente mensuelle simple de vieillesse se compose d'un montant fixe (qui est une fraction du montant minimal de la rente de vieillesse) et d'un montant variable (qui est une fraction du revenu annuel moyen déterminant). La formule de rente appliquée à l'AVS/AI apparente l'assurance fédérale au système de la primauté des cotisations plutôt qu'à celui de la primauté des prestations, ce que confirme le fait qu'il existe des rentes *complètes* pour les assurés comptant une durée complète de cotisations et des *rentes partielles* pour les autres.

Voir : Assurance-vieillesse et survivants (AVS) — Capitalisation — Financement de la sécurité sociale — Prestations de sécurité sociale — Primauté des prestations — Retraite (Âge de la)

Bernard Viret

Répartition

Il s'agit d'un système de financement utilisé dans la prévoyance vieillesse, survivants et invalidité collective (dans l'AVS/AI au premier chef, à certaines conditions aussi dans la prévoyance professionnelle selon la LPP). Il s'oppose à celui de la capitalisation. Sa caractéristique réside dans le fait que les cotisations des actifs sont affectées en premier lieu au paiement des prestations aux retraités, aux invalides et à leurs survivants. Dans ce système, qui repose sur la solidarité entre les générations, il n'est en principe pas nécessaire de constituer des réserves financières autres qu'une réserve de sécurité. Dès lors, pratiqué à l'état pur, ce système ne comporte pas de recettes d'intérêts ; toutefois, en vertu de l'article 107 LAVS, il existe tout de même dans l'AVS/AI un *fonds de compensation*, dont le montant, en règle ordinaire, ne doit

pas tomber au-dessous du montant des dépenses d'une année de l'assurance ; ce fonds produit naturellement des intérêts qui constituent des recettes au même titre que les cotisations et les contributions des pouvoirs publics. Le système de financement par répartition implique que soit réalisée la condition de *pérennité* de l'assurance, raison pour laquelle il est *a priori* praticable seulement pour une assurance qui garantit un renouvellement régulier de l'effectif des cotisants (c'est le cas de l'AVS/AI). Il n'est en revanche pas indiqué dans la prévoyance professionnelle (même obligatoire) dans la mesure où la condition du renouvellement des actifs ne peut pas être remplie, ce qui est le cas des institutions de prévoyance professionnelle d'entreprises privées. C'est pourquoi l'article 69 LPP impose aux institutions de prévoyance, pour garantir leur équilibre financier, de ne se fonder que sur l'effectif du moment des assurés et des rentiers ; une dérogation à ce principe du « bilan en caisse fermée » n'est admissible qu'aux conditions strictes fixées par le Conseil fédéral, au profit des seules institutions de prévoyance de collectivités de droit public ; les prestations dues en vertu de la LPP doivent alors être *garanties* par la Confédération, un canton ou une commune.

Avantages de la répartition : elle n'exige pas la constitution préalable d'importantes réserves financières, soumises aux aléas de la dépréciation de la valeur de la monnaie ; l'indexation des prestations s'en trouve aussi facilitée.

Inconvénients de la répartition : elle reporte sur les générations suivantes la charge des prestations et se prive de l'importante source de revenus que constitue le produit des fonds placés.

Voix : Assurance-vieillesse et survivants (AVS) — Capitalisation — Financement de la sécurité sociale : aspects économiques — Financement de la sécurité sociale : aspects juridiques — Répartition (méthodes de)

Bernard Viret

Répartition (Méthodes de)

L'assurance est une méthode de répartition entre les membres de la communauté des risques qui la constituent, des dépenses provoquées par la réalisation des risques assurés (notion de la *mutualité* au sens large). Le financement des coûts implique la connaissance — scientifique ou empirique — par l'assureur de la fréquence et de l'intensité des sinistres. La répartition de la charge des sinistres survenus *pendant un exercice comptable* entre ceux qui ont été exposés aux risques *au cours de ce même exercice* est à la base des opérations d'assurance, à l'exclusion toutefois des diverses formes d'assurances sur la vie, qui relèvent du système de la capitalisation.

L'*assurance-maladie sociale* est fondée sur le système de la répartition des dépenses (article 60 LAMal), mais l'article 78 OAMal exige des assureurs qu'ils assurent l'équilibre des charges et des produits pour une période de financement de deux ans et prescrit la constitution d'une réserve de sécurité pour garantir la situation financière de l'assurance au cas où les coûts effectifs s'avèreraient trop défavorables par rapport aux prévisions sur lesquelles se fonde la fixation des primes des assurés ; s'y ajoute une réserve de fluctuation. L'importance de ces réserves (exprimées en pour cent des primes à recevoir) est en raison inverse du nombre d'assurés ; des ajustements sont prévus, compte tenu des engagements couverts par la réassurance et de garanties de déficit assumées par les pouvoirs publics ou par des institutions bénéficiant elles-mêmes d'une telle garantie.

La pratique connaît aussi le système mixte de la *répartition des capitaux de couverture*, qui se distingue de celui de la répartition pure (ou directe) en ceci que les contributions des cotisants doivent être suffisantes pour couvrir *en outre* la valeur actuelle (ou valeur capitalisée) des prestations périodiques futures nées au cours de l'année. Ce système de la répartition des capitaux de couverture est appliqué, en vertu de l'article 90 LAA, au financement des rentes d'invalidité et de survivants découlant de *l'assurance-accidents obligatoire* ; les assureurs doivent donc veiller à ce que les réserves mathématiques suffisent à couvrir les droits aux rentes futures qui découleront des accidents déjà survenus. Le système de la répartition directe des dépenses est, en revanche, applicable aux prestations d'assurance de courte durée (indemnités journalières et frais de soins), ainsi qu'aux allocations de renchérissement (dans la mesure toutefois où les excédents d'intérêts produits par les capitaux de couverture ne suffiraient pas).

Capitalisation

Il s'agit d'un *système de financement* utilisé dans la prévoyance vieillesse, survivants et invalidité, collective et individuelle (prévoyance professionnelle selon la LPP et prévoyance personnelle). Il s'oppose aux systèmes de répartition. Sa caractéristique réside dans le fait qu'il incombe à chaque bénéficiaire potentiel de prestations de constituer, pendant le temps qu'il exerce une activité lucrative — moyennant la participation de l'employeur s'il s'agit d'un salarié — le capital nécessaire au financement des prestations auxquelles il aura droit dès son départ en retraite. Ce processus d'épargne conduit à une accumulation de fonds qui eux-mêmes produisent des intérêts. Les prestations de vieillesse sont déterminées sur la base des cotisations versées et des intérêts produits pendant toute la période d'activité de l'assuré. Le financement par capitalisation s'impose chaque fois que la condition de la *pérennité* de l'institution de prévoyance n'est pas assurée, soit lorsque le renouvellement de l'effectif des cotisants n'est pas garanti et qu'il existe ainsi un risque de liquidation de l'institution de prévoyance ou d'assurance, à tout le moins celui d'une diminution abrupte du nombre des actifs.

Avantages de la capitalisation : elle permet de financer les prestations au moyen des contributions versées par et pour les assurés eux-mêmes ; elle ne reporte donc pas la charge de ces prestations sur les générations futures ; en outre, les intérêts générés par les capitaux accumulés réduisent d'autant la charge des cotisations pour les assurés et leurs employeurs.

Inconvénients de la capitalisation : en période de forte inflation, la substance des fonds accumulés en vue du paiement des prestations futures est plus ou moins fortement entamée ; lors de l'entrée en vigueur d'un régime de prévoyance fondé sur la capitalisation se pose le problème du sort à réserver à la génération d'entrée.

Voir : Assurance-vieillesse et survivants (AVS) — Financement de la sécurité sociale : aspects juridiques — Prévoyance professionnelle — Primauté des cotisations — Primauté des prestations — Répartition — Répartition (Méthodes de)

2

Sécurité sociale (Architecture de la)

La pyramide est une forme de construction qui illustre bien l'architecture de la sécurité sociale : elle comprend une première partie, la plus large, qui doit être solide puisqu'elle supporte le tout et, sur elle, la figure s'amincit et s'élève. La première partie est constituée par les régimes publics de sécurité sociale qui ont vocation – au besoin par la juxtaposition de plusieurs régimes – à couvrir l'ensemble de la population. La deuxième partie représente les régimes complémentaires de sécurité sociale, pilotés par les partenaires sociaux. La troisième partie est celle des protections complémentaires individuelles.

Le recours à la figure de piliers peut aussi être utilisé : ceux-ci montrent cependant beaucoup moins bien cette protection, qui s'élève progressivement.

La question essentielle, et qui fait l'objet de grands débats, est celle du contenu des régimes publics, des régimes complémentaires, des protections individuelles. C'est dans les premiers que les Etats s'engagent le plus : ils fixent les normes (finalités, champs d'application personnel et matériel, prestations, organisation administrative, financière et contentieuse). Leur intervention dans le second étage est plus « légère », d'autant plus que le premier sera développé.

Les régimes publics présentent en principe la stabilité propre à l'Etat, ils sont fondés sur la légalité et l'égalité de traitement. Ils peuvent instituer des solidarités entre revenus, entre générations. Les régimes professionnels, s'ils ne couvrent pas l'ensemble des travailleurs de la même manière, laissent subsister des inégalités qui peuvent être importantes. S'ils ne sont pas obligatoires, ils peuvent pratiquer la sélectivité au moment de l'affiliation, écartant ceux qui représentent des « mauvais risques » ; ils sont capables en revanche d'une grande souplesse.

Cette question est donc très marquée par les choix politiques. Ceux-ci devraient tenir compte du fait qu'il s'agit d'une architecture à finalité sociale.

R. OIT-Conférence internationale du Travail (80e session-1993), *Assurances sociales et protection sociale*, Rapport du Directeur général, BIT, Genève, 1993. — Banque mondiale, *Rapport sur la crise du vieillissement. Mesures destinées à protéger les personnes âgées et à promouvoir la croissance*, Washington, 1994. — J.-A. Schneider, *Les régimes complémentaires de retraite en Europe : libre circulation et participation*, Helbing & Lichtenhahn, Basel/Frankfurt am Main, 1994. — M. Voirin, « Une grille de lecture pour la comparaison internationale des régimes privés de pensions en relation avec les régimes publics », in : *Cahiers genevois et romands de sécurité sociale*, No 12-1994, pp. 7 ss. — *Revue internationale de sécurité sociale*, No 1/2000 (la réforme des pensions).

Voir : Régime de base — Régime professionnel — Sécurité sociale — Sécurité sociale (Théorie générale de la) — Trois piliers.

Pierre-Yves Greber

Trois piliers

En Suisse, la prévoyance vieillesse, survivants et invalidité repose sur une construction à trois étages ou trois piliers qui se complètent. Ce système a été ancré dans l'article 34quater de la Constitution fédérale en 1972. Une assurance fédérale, l'AVS/AI constituant le premier pilier, doit permettre de couvrir les besoins vitaux de manière appropriée. Le deuxième pilier, à savoir la prévoyance professionnelle, permet de maintenir dans une certaine mesure le niveau de vie antérieur (pour les personnes qui y sont affiliées). Enfin, la prévoyance individuelle, ou troisième pilier, a pour but d'encourager les personnes à se constituer une épargne pour améliorer leur niveau de vie antérieur, notamment au moyen de mesures fiscales et par une politique facilitant l'accession à la propriété du logement. Le système est complété par des prestations complémentaires qui ont pour but d'assurer un revenu supplémentaire et régulier aux rentiers de l'AVS/AI dont la situation économique et personnelle le justifie.

La conception des trois piliers n'a pas été le fruit d'une idée absolument nouvelle. En proposant de la faire figurer dans la Constitution fédérale, l'objectif du Conseil fédéral n'était pas d'abandonner l'ordre existant mais de poursuivre, par des améliorations décisives, l'aménagement de l'édifice existant, à savoir l'assurance d'État, la prévoyance professionnelle et la prévoyance individuelle. À ce propos on notera les déclarations contenues dans le « Message du Conseil fédéral à l'Assemblée fédérale à l'appui d'un projet portant révision de la Constitution dans le domaine de la prévoyance vieillesse, survivants et invalidité et le rapport sur l'initiative populaire pour une véritable retraite populaire (FF 1971 II p. 1625) ». Pour atteindre ce but, il fallait dès lors définir les caractéristiques de chacun des piliers afin d'éviter que les pouvoirs publics n'interviennent au-delà de ce qui est nécessaire, tout en s'assurant que le système proposé garantit effectivement le degré de protection voulu. Un objectif que l'on estima prioritaire puisqu'on le rappela expressément à l'alinéa 4 de l'article 34quater de la Constitution qui demande à la Confédération de veiller « à ce que la prévoyance professionnelle aussi bien que l'assurance fédérale puissent à long terme se développer conformément à leur but ». Le système des trois piliers est donc le fruit de la recherche d'un équilibre qui permet aux diverses branches de se compléter et de diminuer les risques qui sont inhérents à chaque système. La coexistence d'un système de répartition (celui de l'AVS/AI) et de la capitalisation (celui de la prévoyance professionnelle) permet d'allier une très forte solidarité de base à la constitution du capital indispensable à l'économie. En outre, ce système permet de répartir au mieux entre les piliers, en raison de leurs méthodes de financement respectives, les risques inhérents à l'évolution démographique et au renchérissement. Un autre de ses points forts réside dans le fait que la responsabilité de la prévoyance est partagée entre l'État et l'initiative privée. En effet, si le premier pilier a un caractère nettement centralisé, le deuxième pilier repose quant à lui pour l'essentiel sur la responsabilité des institutions de prévoyance, des employeurs et des salariés. Les mesures qui visent à encourager la prévoyance individuelle ont enfin leur importance notamment pour les personnes qui ne peuvent se constituer un deuxième pilier. Le système n'est cependant pas exempt de faiblesse. Un grand nombre de personnes n'ont pas accès au régime de la prévoyance professionnelle et la variété des caisses entraîne des grandes différences de traitement, notamment en matière de compensation du

renchérissement. De nombreux problèmes restent enfin à résoudre sur le plan de la coordination. L'œuvre de la prévoyance vieillesse, survivants et invalidité n'est donc pas terminée et elle devra être consolidée au cours des prochaines années. Le système des trois piliers a cependant fait ses preuves et la portée des trois piliers ne devra pas être fondamentalement déplacée. Ce sont les conclusions auxquelles ont abouti cinq experts mandatés par le Département fédéral de l'Intérieur en 1990, ainsi que le rapport dudit département concernant la structure actuelle et le développement futur de la conception helvétique des trois piliers de la prévoyance vieillesse, survivants et invalidité publié en 1995. Suite à la révision de la Constitution fédérale, ce n'est plus l'art. 34quater, mais l'article 111 qui rappelle le principe des trois piliers.

R.E. Carigiet, J.-P. Fragnière, *Le concept des trois piliers a-t-il un avenir ?*, Réalité Sociales, 2001.

Site Internet : <http://www.bsv.admin.ch/>

Voix : Assurance-vieillesse et survivants (AVS) — Prévoyance professionnelle — Sécurité sociale (Architecture de la) — Taux de remplacement — Troisième pilier (ou prévoyance individuelle)

Michel Valterio et Brigitte Dumas

Assurance-vieillesse et survivants (AVS)

La loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS), du 20 décembre 1946, constitue l'une des principales lois de sécurité sociale en Suisse. Elle est harmonisée et coordonnée avec la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI) du 19 juin 1959. Une série d'ordonnances, la plus importante étant le règlement sur l'assurance-vieillesse et survivants (RAVS), la précise.

Depuis 1948, date de son entrée en vigueur, cette législation a subi de nombreuses modifications. Jusqu'en 1974, l'évolution de l'AVS fut le reflet assez exact de l'essor économique de l'après-guerre. La loi fédérale sur l'AVS fut soumise à dix révisions proprement dites, et à trois révisions de loi de moindre envergure.

Obligation de cotiser

Toutes les personnes exerçant une activité lucrative en Suisse sont tenues de cotiser, ainsi que, à certaines conditions, les personnes travaillant à l'étranger pour le compte d'un employeur en Suisse. Depuis le 1er janvier 1997, les veuves et les femmes mariées sans activité lucrative sont désormais soumises à l'obligation de cotiser. Toutefois les cotisations de la femme mariée sans activité lucrative sont considérées comme étant payées si le mari exerce, lui, une activité lucrative et a versé au moins le double de la cotisation minimale. Cette règle est indépendante du sexe : le mari sans activité lucrative d'une femme qui exerce une activité lucrative ne paie pas non plus de cotisation si son épouse a versé au moins le double de la cotisation minimale. Il faut souligner que les cotisations ne sont pas plafonnées alors que le montant des rentes l'est.

Genre de prestations

L'AVS octroie des rentes de vieillesse, des rentes de veuve et de veuf (pour ces derniers seulement si l'enfant ou les enfants ont moins de 18 ans), des rentes pour enfants, des allocations pour impotents ainsi que des moyens auxiliaires. Dès le 1er janvier 1997, date de l'entrée en vigueur de la dixième révision de l'AVS, mari et femme touchent désormais chacun leur rente. Celle-ci est fixée en fonction de la durée de cotisations de chacun des conjoints et des revenus de ceux-ci, en application du splitting. Cela signifie que les revenus obtenus durant le mariage tant par le mari que par l'épouse sont inscrits pour moitié au compte de l'autre conjoint. S'y ajoutent les bonifications pour tâches éducatives ou pour tâches d'assistance attribuées aux membres de la famille qui s'occupent des enfants ou prennent soin des parents impotents.

Naissance de la rente

Le droit à la rente de vieillesse prend naissance le premier jour du mois qui suit celui au cours duquel la personne assurée a atteint l'âge de la retraite. Les personnes doivent s'annoncer auprès des caisses de compensation pour avoir droit à leur rente.

Âge de la retraite

L'âge de la retraite des hommes est de 65 ans. L'âge de la retraite des femmes est relevé à 63 ans en 2001 et à 64 ans en 2005. (Période transitoire pour l'élévation de l'âge de la femme avec possibilité de prendre une retraite anticipée à un taux d'anticipation réduit). L'élévation de l'âge de la retraite à 65 ans avec la possibilité de prendre une retraite à la carte sera discutée dans le cadre de la 11e révision de l'AVS.

Âge flexible de la retraite

Toutes les personnes assurées peuvent et pourront, si elles le souhaitent, toucher leur rente avant d'avoir atteint l'âge ordinaire de la retraite. En contrepartie, elles doivent s'accommoder d'une réduction actuarielle de leur rente.

Site Internet : <http://www.bsv.admin.ch/>

Voir : Assurances sociales (Coordination des) — Caisse de compensation — Impotent (Allocation pour) — Prêretraite — Prestations complémentaires (PC) — Prévoyance professionnelle — Retraite (Âge de la) — Sécurité sociale — Trois piliers

Michel Valterio et Brigitte Dumas

Assurance-invalidité (AI)

La loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI) du 19 juin 1959 constitue l'une des principales lois de la sécurité sociale suisse. Elle est harmonisée et coordonnée avec la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS).

L'assurance-invalidité (AI), comme l'assurance-vieillesse et survivants (AVS), est une assurance obligatoire pour toute personne ayant son domicile civil en Suisse, et pour celle qui y exerce une activité lucrative. L'AI favorise, dans la mesure du possible, la réadaptation ou la réinsertion de la personne handicapée dans la vie professionnelle.

Elle accorde des prestations aux assurés qui, par suite d'une atteinte à leur santé, sont totalement ou partiellement incapables d'exercer une activité lucrative ou leurs travaux habituels, et cela, probablement, d'une manière permanente ou de longue durée. Les assurés mineurs sont réputés invalides lorsque l'atteinte à leur santé aura vraisemblablement pour conséquence, à l'âge adulte, une diminution de leur capacité de gain. Peu importe que l'invalidité soit de nature physique ou mentale ou qu'elle provienne d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

L'assurance-invalidité privilégie la réadaptation ou le reclassement professionnel des assurés par rapport à la rente. De ce fait, elle accorde des prestations sous forme de mesures médicales, de mesures professionnelles et, le cas échéant, d'indemnités journalières pendant l'application de ces mesures. Elle prend en charge la formation scolaire spéciale des enfants invalides et accorde des moyens auxiliaires, ainsi que des rentes et des allocations pour impotents.

Une rente AI n'est versée que si les mesures de réadaptation ne permettent pas d'atteindre, en totalité ou en partie, le but recherché, ou si elles n'ont, d'emblée, aucune chance de réussir. Le droit à ces prestations s'éteint au plus tard à la fin du mois au cours duquel l'assuré atteint l'âge ouvrant le droit à la rente vieillesse. Outre, les prestations individuelles, l'AI accorde également des prestations collectives sous forme de subventions aux établissements, ateliers et homes pour personnes handicapées, aux associations qui leur apportent une aide ainsi qu'aux centres de personnel spécialisé pour la prise en charge des personnes handicapées.

Site Internet : <http://www.bsv.admin.ch/>

Voir : Assurance-maladie (AM) — Assurance-accidents — Assurances sociales (Coordination des) — Handicap — Indemnités journalières (AI) — Invalidité — Office AI (Assurance-invalidité) — Prestations complémentaires (PC)

Michel Valterio et Brigitte Dumas

Prévoyance professionnelle

La *prévoyance professionnelle* est un système de protection sociale qui est complémentaire à l'assurance fédérale vieillesse, survivants et invalidité (AVS/AI) et à l'assurance-accidents obligatoire (LAA). Son but essentiel est le maintien adéquat du niveau de vie antérieur, en versant des prestations de vieillesse, de survivants et d'invalidité qui complètent celles de l'AVS/AI (art. 34quater Constitution fédérale), voire celles de la LAA. Mais elle n'assure ces éventualités que sur une base professionnelle. La prévoyance professionnelle est donc un deuxième étage plutôt qu'un deuxième pilier de protection sociale. En effet, seules en principe les personnes exerçant une activité lucrative sont ou peuvent être protégées. L'assurance-chômage (LACI)

fait exception en assurant les éventualités du décès et de l'invalidité, en complément à la couverture offerte par l'AVS/AI.

Mais la prévoyance professionnelle offre à son tour deux étages de protection. Le premier étage est l'assurance obligatoire instaurée par la loi fédérale sur la prévoyance vieillesse, survivants et invalidité, entrée en vigueur le 1er janvier 1985 (LPP). Le deuxième étage relève de la prévoyance professionnelle facultative (PPF) améliorant la couverture offerte par la LPP et décidée par l'employeur ou les partenaires sociaux au travers des conventions collectives. La prévoyance professionnelle est financée par le système de la capitalisation.

En vertu de la LPP, *les salariés dont le salaire annuel est égal ou supérieur à 23 880 francs sont obligatoirement assurés jusqu'à un plafond de salaire de 71 640 francs l'an (en 1997).* La LPP couvre les risques du décès et de l'invalidité par le droit à une rente dès le 1er janvier qui suit le 17e anniversaire. L'assurance d'une rente ou d'un capital pour la vieillesse débute dès le 1er janvier qui suit le 24e anniversaire. La couverture cesse à 62 ans pour les femmes et à 65 ans pour les hommes. La LPP est fondée sur le système de la primauté des contributions. La prestation de vieillesse est donc fonction de l'épargne constituée par les cotisations paritaires du salarié et de l'employeur, augmentée des intérêts procurés par le rendement de la fortune. Un taux d'intérêt minimal de 4 % par an est garanti. Le taux de cotisation augmente avec l'âge, pour tenir compte du raccourcissement progressif de la durée du processus d'épargne. Avec une durée complète de cotisations, la rente de vieillesse LPP ajoutée à celle de l'AVS doit permettre d'atteindre le 60 % du dernier salaire assuré obligatoirement.

L'amélioration de la couverture par la prévoyance professionnelle facultative permet, par exemple, d'assurer une part plus importante du salaire ou même de rentes qui garantissent le maintien d'un pourcentage déterminé du dernier salaire, selon le système de la primauté des prestations. Elle permet également des contributions de l'employeur plus élevées que celles des salariés.

La prévoyance professionnelle est mise en œuvre par des institutions de prévoyance décentralisées, dirigées paritairement par les employeurs et les salariés. Ces institutions sont contrôlées régulièrement par des experts comptables et actuariels; elles sont soumises à une surveillance étatique. Leur fortune est gérée selon les principes de sécurité, de rendement, de répartition appropriée des risques et de maintien de liquidités suffisantes. Les cotisations, la fortune et son rendement sont exonérés fiscalement. Une assurance obligatoire permet de garantir l'ensemble des prestations jusqu'à un plafond déterminé contre le risque de l'insolvabilité de l'institution.

Voix : Assurance-accidents — Assurance-vieillesse et survivants (AVS) — Fondations collectives et communes (prévoyance professionnelle) — Libre passage dans la prévoyance professionnelle — Sécurité sociale — Sécurité sociale (Architecture de la) — Trois piliers — Troisième pilier (ou prévoyance individuelle)

Jacques-André Schneider

Libre passage dans la prévoyance professionnelle

Le libre passage permet la mobilité professionnelle des salariés sans entraîner des pertes dans le niveau de prévoyance acquis antérieurement, en vertu de la loi fédérale sur le libre passage (LFLP) entrée en vigueur le 1er janvier 1995.

Lors du départ de l'institution de prévoyance une prestation de sortie est versée. Celle-ci équivaut dans les systèmes à primauté des contributions au montant de l'épargne-vieillesse ou à la réserve mathématique d'assurance. Dans les systèmes en primauté des prestations, elle est égale à la valeur actuelle des prestations acquises. De plus, une prestation de sortie minimale est garantie par la loi.

La prestation de sortie est transférée, en principe, à l'institution de prévoyance liée au nouvel emploi. Dès qu'il entre dans cette dernière, le salarié est couvert pour les prestations qui lui reviennent, d'après le règlement, sur la base de la prestation d'entrée à payer. Des versements complémentaires peuvent être effectués si la prestation de sortie apportée est insuffisante pour s'acquitter intégralement de la prestation d'entrée nécessaire. Les réserves médicales empêchant l'affiliation ou la couverture sont fortement limitées.

Voir : Prévoyance professionnelle — Primauté des cotisations — Primauté des prestations — Retraite (Âge de la)

Jacques-André Schneider

Troisième pilier (ou prévoyance individuelle)

Les systèmes des 1er et 2e piliers satisfont de façon collective les besoins de chacun en matière de prévoyance vieillesse, décès et invalidité, ce qui n'est pas le cas du 3e pilier dit de la prévoyance individuelle. Ce dernier laisse à chaque individu le soin de fixer lui-même les moyens financiers dont il entend disposer et de veiller au financement de ceux-ci. La prévoyance individuelle est favorisée par le biais de mesures fiscales et par une politique favorisant l'accèsion à la propriété du logement.

La prévoyance individuelle liée (pilier 3a) :

Ce système de prévoyance existe depuis 1987, il est réglé par l'ordonnance du 13 novembre 1985 sur les déductions admises fiscalement pour les cotisations versées à des formes reconnues de prévoyance. Deux formes de prévoyance y sont mentionnées :

— la police de prévoyance liée est une forme de prévoyance identique à l'assurance qui peut être conclue auprès d'une compagnie d'assurance,

— et le compte de prévoyance lié qui est principalement constitué d'une épargne auprès d'une fondation bancaire.

Le taux de déduction fiscale autorisé dans le cadre de la prévoyance individuelle liée diffère selon que la personne concernée est ou non assurée auprès d'une institution du 2e pilier. Les personnes sans activité lucrative n'ont pas accès au pilier 3a.

La prévoyance individuelle libre (pilier 3b) :

La prévoyance individuelle libre, autrement dit la prévoyance qui n'est pas liée à des obligations de droit public, comprend essentiellement l'épargne et les assurances privées. Contrairement aux piliers 1, 2 et 3a, elle fait en partie seulement office de prévoyance vieillesse, survivants et invalidité. Cette forme de prévoyance étant totalement libre, les sommes épargnées peuvent en principe être touchées et dépensées en tout temps. Les allègements fiscaux sont de ce fait restreints.

On ne peut estimer de manière fiable le capital global accumulé dans la prévoyance libre, mais cette somme représente probablement plusieurs fois le capital total accumulé dans le 2e pilier et dans le pilier 3a. Selon certaines estimations, elle atteindrait 1 à 2 billions de francs, ce qui démontre l'importance énorme de la prévoyance libre non seulement sur le plan de la politique de l'État, mais aussi sur celui de la politique économique et sociale.

R. E. Carigiet, J.-P. Fagnière, *Le concept des trois piliers a-t-il un avenir ?*, Réalité Sociales, 2001.

Voir : Trois piliers

Michel Valterio et Brigitte Dumas

Rentes de vieillesse

Le système suisse de sécurité sociale connaît deux sortes de rentes de vieillesse: celles de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS), ou premier pilier et celles de la *prévoyance professionnelle* (PP) ou deuxième pilier. Tandis que l'AVS est financée par un système de *répartition*, la PP repose sur la *capitalisation*, ce qui a des répercussions très importantes non seulement sur la structure financière de chaque régime mais également sur le montant des rentes.

L'AVS étant un *régime universel*, peut prétendre une *rente ordinaire* de vieillesse, en principe, toute personne à laquelle il est possible de porter en compte au moins une année entière de revenus ou de bonifications pour tâches éducatives ou pour tâches d'assistance, lorsqu'elle atteint l'âge terme (65 ans révolus pour les hommes et 63 ans pour les femmes jusqu'en 2004, 64 ans à partir de 2005). Une personne qui ne possède pas la nationalité suisse et qui ne peut se prévaloir d'une convention de sécurité sociale avec son pays d'origine ou qui n'a pas le statut de réfugié ou d'apatride doit, en outre, avoir son domicile et sa résidence habituelle en Suisse.

Selon que l'ayant droit compte une durée complète ou incomplète de cotisations par rapport à sa classe d'âge, il reçoit une rente *complète* ou une rente *partielle*. Le montant de la rente complète est fonction de deux éléments : une fraction du montant minimal de la rente de vieillesse (montant fixe) et une fraction du revenu annuel moyen déterminant (montant variable). Le montant maximum de la rente correspond au double du montant minimum (1'030 francs par mois en 2001). Si deux conjoints ont chacun droit à une rente de vieillesse ou si l'un a droit à une rente de vieillesse et l'autre à une rente de l'assurance-invalidité, la somme des deux rentes ne peut dépasser 150 % du montant maximum de la rente de vieillesse. Aux conditions fixées par la loi peuvent s'ajouter à la rente un supplément pour les veuves et les veufs, ainsi qu'une rente pour enfant.

Il est possible d'anticiper le versement de la rente de vieillesse d'un ou deux ans ou, au contraire, de l'ajourner d'une année au moins et de cinq ans au plus. Dans le premier cas, la rente anticipée est réduite, alors que dans le second la rente ajournée est augmentée. Cette réglementation est au centre du débat actuellement en cours sur l'âge flexible de la retraite (11e révision de l'AVS).

Ont droit à une *rente extraordinaire* les ressortissants suisses qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse, s'ils ont le même nombre d'années d'assurance que les personnes de leur classe d'âge, mais n'ont pas été soumis à l'obligation de verser des cotisations pendant une année entière au moins.

La législation relative à la *prévoyance professionnelle* obligatoire fixe quelques règles minimales que les institutions de prévoyance peuvent compléter par voie réglementaire. En principe, l'âge terme est le même que dans l'AVS mais il coïncide généralement avec la fin de l'activité lucrative pour raison d'âge (retraite). Quant au montant de la rente, il est calculé en pour cent de l'avoir de vieillesse acquis par l'assuré lors de l'ouverture du droit (taux de conversion). Peut s'y ajouter une rente complémentaire pour enfant.

Voir : Article constitutionnel relatif aux éventualités vieillesse (retraite), survivants et invalidité — Assurance-vieillesse et survivants (AVS) — Capitalisation — Prévoyance professionnelle — Répartition — Retraite (Âge de la) — Universalité

Raymond Spira

Rentes d'invalidité

Le droit fédéral des assurances sociales définit l'invalidité comme *l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée*. Pour les assurés mineurs sans activité lucrative, c'est la probabilité de cette incapacité qui détermine la survenance de l'invalidité, tandis que pour les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique ou mentale, on prend en considération l'empêchement d'accomplir les travaux habituels.

Quatre régimes fédéraux servent des rentes d'invalidité : l'assurance-invalidité (AI), la prévoyance professionnelle, l'assurance-accidents obligatoire et l'assurance militaire. Le montant de la rente dépend notamment du *taux d'invalidité*. Celui-ci est évalué en comparant le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu hypothétique) avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalide). Pour les personnes sans activité lucrative, on se fonde sur l'évaluation de l'empêchement d'accomplir les travaux habituels (tenue du ménage, éducation des enfants, activité au sein d'une communauté religieuse). Dans toutes les branches d'assurance, ce taux est soumis à révision périodique, ce qui peut entraîner, le cas échéant, la diminution ou même la perte du droit à la rente.

Dans l'AI, le calcul de la *rente ordinaire* d'invalidité est calqué sur celui de la rente de vieillesse servie par l'AVS (montants minimum et maximum, rente complète ou partielle). De plus, il existe *trois paliers* en fonction du degré de l'invalidité : un quart de rente pour une invalidité de 40 pour cent au moins, une demi-rente pour un taux de 50 pour cent au moins et une rente entière à partir de 66 2/3 pour cent. Dans les *cas pénibles* - c'est-à-dire lorsque les dépenses reconnues par la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS/AI sont supérieures aux revenus déterminants selon cette loi - une invalidité de 40 pour cent au moins ouvre le droit à une demi-rente. Aux conditions fixées par la loi, peuvent s'ajouter à cette prestation une rente complémentaire pour le conjoint et une rente pour enfant. Quant au droit à une

rente d'invalidité *extraordinaire*, il est déterminé par la législation sur l'AVS. À certaines conditions, il est aussi ouvert aux invalides étrangers et apatrides. Le droit à la rente d'invalidité s'éteint lorsque s'ouvre le droit à la rente de vieillesse.

Dans la *prévoyance professionnelle* obligatoire, la personne qui est invalide à raison de 50 pour cent au moins au sens de l'AI et qui était assurée lorsqu'est survenue l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité a droit à des prestations d'invalidité, en l'occurrence une rente entière d'invalidité si elle est invalide à raison des deux tiers au moins, au sens de l'AI, et à une demi-rente si elle est invalide à raison de 50 pour cent au moins. Les dispositions réglementaires des institutions de prévoyance peuvent étendre ces droits minimaux. Le montant de la rente est fonction de l'avoir de vieillesse à la naissance du droit et de la somme des bonifications de vieillesse afférentes aux années futures, sans les intérêts. Il peut s'y ajouter une rente complémentaire pour enfant.

Si dans *l'assurance-accidents* obligatoire et dans *l'assurance militaire* la définition légale de l'invalidité est identique à celle de l'AI, et si le degré de celle-ci se calcule d'après les mêmes principes, en revanche la rente est fixée sur une échelle de 1 à 100. Dans l'assurance-accidents, l'invalidité doit atteindre 10 pour cent au moins pour ouvrir droit à une rente. En cas d'invalidité totale, cette prestation s'élève à 80 pour cent du gain assuré dans l'assurance-accidents et à 95 pour cent dans l'assurance militaire. Ce gain assuré est plafonné par la loi.

Diverses dispositions réglementent les cas de concours de rentes et visent principalement à éviter toute surindemnisation des assurés.

Voir : Assurance-accidents — Assurance-invalidité — Assurances sociales (Coordination des) — Invalidité — Prévoyance professionnelle — Rentes de vieillesse

Raymond Spira

Assurance-maladie (AM)

Définition : L'assurance-maladie est l'un des piliers de la sécurité sociale. En Suisse, elle remplit une triple fonction :

- elle assure le remboursement des frais de soins ;
- elle prend en charge les prestations spécifiques de la maternité ;
- elle permet la couverture de la perte de gain due à l'incapacité de travail provoquée par la maladie ou la maternité.

Ces fonctions, l'assurance-maladie les partage avec d'autres assurances sociales : l'assurance-accidents, l'assurance-invalidité, l'assurance militaire.

Rappel historique : En 1889, le Conseil fédéral propose un nouvel article 34bis introduisant l'assurance-maladie et accidents dans la Constitution fédérale, qui, modifié par l'Assemblée fédérale, est largement approuvé par le peuple et les cantons le 26 octobre 1890. Une première loi, la Lex Forrer, prévoit l'affiliation obligatoire pour les salariés jusqu'à un certain revenu, couvre les frais médicaux et garantit une indemnité journalière (60 % du salaire pendant 1 année). Adoptée à une large majorité par le Parlement fédéral, elle est rejetée par le peuple en votation référendaire le 20 mai 1900.

La loi sur l'assurance-maladie — LAMA — du 13 juin 1911, passe de peu devant le peuple suisse. De portée réduite en comparaison de la Lex Forrer, elle est considérée d'abord comme une loi de subventionnement des caisses-maladie reconnues qui se voient imposer des obligations minimales.

La seule révision de 1964 apporte plusieurs améliorations significatives. Notamment, elle interdit aux caisses-maladie de refuser des candidats pour cause de mauvaise santé, avec l'instauration, en contrepartie, des réserves médicales, fait un petit pas envers le libre-passage d'une caisse à l'autre, clarifie et renforce la définition des prestations à charge des caisses-maladie, instaure diverses mesures relatives aux cotisations et aux subsides fédéraux, fixe le droit pour les assurés de recourir contre les décisions de leur caisse auprès des tribunaux des assurances (jusqu'ici devant les tribunaux civils).

De 1964 à 1994, deux projets fédéraux de loi et trois initiatives populaires sont rejetés en votations populaires. Plusieurs modèles conçus par des experts contribuent à préparer la législation actuelle.

Le Parlement fédéral tente de résoudre par voie d'arrêtés urgents (AFU) les dysfonctionnements touchant en particulier l'évolution des coûts et des cotisations.

La LAMal — Loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994

L'objectif premier de la LAMal vise à garantir à chacun l'accès à des soins de haut niveau pour un coût supportable. Cet objectif se réalise par un ensemble de moyens complémentaires : la solidarité entre assurés grâce à l'obligation généralisée d'assurance, à la prime unique par caisse (quel que soit l'âge ou le sexe), et à la création (pour 10 ans) d'un système de péréquation entre assureurs, le libre passage intégral d'une caisse à l'autre, à n'importe quel âge, sans réserve médicale ni droit d'entrée, l'extension du catalogue des prestations de l'assurance sociale (soins à domicile et en EMS, mesures préventives, prestations de médecine alternative, etc.), la séparation nette entre l'assurance de base obligatoire et l'assurance complémentaire facultative, la maîtrise des coûts par la responsabilisation des assurés (franchises à option, réseau de santé ou HMO par exemple) et par la concurrence entre dispensateurs de soins, la réduction des primes avec un système de subsides aux personnes à revenu modeste.

R. *Message du Conseil fédéral concernant la révision de l'assurance-maladie du 6 novembre 1991.* — P. Gilliard (Éd.), *Assurance-maladie, Quelle révision ?*, Réalités sociales, Lausanne, 1990. — P.-Y. Greber, *Droit suisse de la sécurité sociale*, Réalités sociales, Lausanne, 1982.

Voir : Assurance-maladie et l'assurance-accidents (Article constitutionnel sur l') — Assureurs-maladie — Assureurs-maladie suisses (Concordat des) — Caisses-maladie — Caisses-maladie (Fédérations cantonales des) — Coûts de la santé — Prestations complémentaires (PC) — Sécurité sociale

Michel Surbeck

Assurance-accidents

Adoptée avec l'assurance-maladie, le 13 juin 1911, l'assurance-accidents a protégé certaines catégories de travailleurs. Dès le 1er janvier 1984, la protection sociale a été étendue à l'ensemble des travailleurs salariés, par l'entrée en vigueur de la Loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA). L'assurance facultative est ouverte aux personnes exerçant une activité à titre indépendant.

L'assurance-accidents couvre les accidents professionnels. Elle assure également les accidents non professionnels, pour autant que l'activité exercée porte sur 12 heures par semaine au moins. Si tel n'est pas le cas, les coûts relatifs à l'accident doivent être supportés par l'assurance-maladie.

L'assurance-accidents garantit, à court terme, la couverture des frais de traitement, le versement de l'indemnité journalière compensant la perte de salaire, la prise en charge des moyens auxiliaires, la réparation des dommages matériels. Lorsque l'accident entraîne une invalidité ou le décès, l'assurance intervient par le versement de rentes (invalidité, survivants), d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité ou d'une allocation pour impotent.

La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) et d'autres assureurs (compagnies privées, caisses-maladie) gèrent l'assurance-accidents. Cette dernière est financée par les cotisations des employeurs (pour la couverture de l'accident professionnel) et des travailleurs (pour la couverture de l'accident non professionnel).

R. A. Gehlew, O. Ramelet, J.-B. Ritter, *Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents (LAA)*, Réalités sociales, Lausanne, 1992 — J.-M. Frésard, « L'assurance-accidents obligatoire », in : *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht*, Helbing & Lichtenhahn, Bâle, 1998, 106 pages.

Voir : Assurances en cas d'accidents (Caisse nationale suisse d') (CNA) — Assurances sociales (Coordination des) — Caisses-maladie — Prévoyance professionnelle

Béatrice Despland

Assurance militaire

L'assurance militaire est la plus ancienne des branches de sécurité sociale, puisque la première loi sur l'assurance militaire date du 28 juin 1901. Elle assure contre la maladie (y compris la maternité) et les accidents toutes les personnes effectuant un service obligatoire ou volontaire en faveur de la Confédération (service militaire, protection civile, service civil). Elle s'applique également aux assurés professionnels ayant un contrat de travail avec la Confédération (instructeurs de l'armée et de la protection civile, gardes-fortifications, escadre de surveillance, contrôleurs d'armes, etc.). Enfin, elle

couvre également les personnes participant en Suisse ou à l'étranger à des actions de maintien de la paix et de bons offices de la Confédération (bérêts jaunes et bleus), ainsi que les membres du corps suisse d'aide en cas de catastrophe.

Une des particularités de l'assurance militaire réside dans ses diverses règles de responsabilité, qui démontrent qu'elle n'est pas à proprement parler une assurance, mais la mise en œuvre d'une responsabilité étatique. Au demeurant, l'assurance militaire n'est pas financée par des cotisations, mais par le budget de la Confédération, à l'exception de l'assurance facultative réservée aux assurés professionnels à la retraite.

Outre les prestations générales telles que frais de traitement et indemnisation de la perte de gain, l'assurance militaire verse une rente d'invalidité en cas d'incapacité de gagner. Le taux de cette rente s'élève au minimum à 5 % et au maximum à 100 %. Elle est versée au plus tard jusqu'à l'âge donnant droit aux prestations de l'AVS. Dès ce moment, elle est remplacée par une rente de vieillesse de l'assurance militaire, s'élevant à 50 % de la rente d'invalidité versée précédemment. Enfin, elle verse des rentes de survivants lorsque l'assuré décède à la suite de l'affection assurée. Une caractéristique de l'assurance militaire dans le domaine des prestations concerne l'indemnisation du dommage immatériel. À l'instar de l'assurance-accidents, l'assurance militaire verse une rente pour atteinte à l'intégrité en cas d'atteinte notable et durable des fonctions vitales au sens large (troubles fonctionnels et atteinte non fonctionnelle). En cas de perte totale d'une fonction vitale, la rente s'élève au maximum à 50 % (100 % dans le cas de l'assurance-accidents). Cette rente est en principe capitalisée (table de mortalité de Stauffer/Schaetzle), ce qui permet, contrairement à l'assurance-accidents, de tenir compte de l'âge de l'assuré au moment de la survenue de l'atteinte à l'intégrité. En outre, l'assurance militaire est la seule assurance sociale qui verse une indemnité pour tort moral en cas de décès ou de lésions corporelles graves en rapport étroit avec les dangers spécifiques du service (circonstances particulières) :

— à l'assuré, en cas de lésions corporelles graves d'origine accidentelle (pour autant que celui-ci ne touche pas de rente pour atteinte à l'intégrité),

— aux survivants en cas de décès de l'assuré dû à une maladie ou un accident.

Le 19 juin 1992, le Parlement a procédé à une révision totale de la loi sur l'assurance militaire (entrée en vigueur le 1er janvier 1994). Par cette révision, le législateur a voulu essentiellement supprimer les lacunes d'assurance, améliorer la coordination et unifier la procédure administrative avec les autres assurances sociales.

R. *Guide de l'assurance militaire*, Publication de l'OFAM No 3, 2000. — J. Maeschi, *Kommentar zum Bundesgesetz über die Militärversicherung vom 19. Juni 1992*, Berne, 2000.

Voir : Assurance — Assurance en cas d'accidents — Assurances sociales (coordination des) — Cotisations/ primes — Indemnisation — Sécurité sociale

Philippe Le Grand Roy

Assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité (Loi fédérale sur l')

Elle institue une assurance sociale couvrant les éventualités suivantes :

a) le chômage ;

b) la réduction de l'horaire de travail (généralement appelé chômage « partiel ») ;

c) les intempéries ;

d) l'insolvabilité de l'employeur.

En cas de *chômage*, l'assurance garantit un revenu de remplacement, sous la forme d'une indemnité journalière (de 67,9 % à 79,2 % du gain assuré, selon les cas). L'assurance propose par ailleurs des *mesures actives du marché du travail* telles qu'emplois temporaires subventionnés, cours, allocations d'initiation au travail, allocations de formation. La modification de la loi du 23 juin 1995 accorde une importance particulière à ces mesures (la loi confie aux cantons le soin d'en organiser quelque 25 000) et développe sensiblement le service public de l'emploi : chaque assuré doit se présenter deux fois par mois auprès d'un des 189 *Offices Régionaux de Placement* de Suisse.

La mesure active est définie comme un droit que l'assuré peut faire valoir, une fois passée la période d'indemnisation passive (durée selon liste ci-dessous). Mais l'assuré peut être contraint d'accepter un emploi temporaire ou de suivre un cours. Certains parlent alors de *contre-prestations* exigées de l'assuré, plutôt que de *prestations* offertes au titre de l'aide à la réinsertion professionnelle.

L'assurance-chômage a fait l'objet de mesures d'économies transigeant avec les règles usuelles de l'assurance sociale : certaines prestations sont désormais soumises à des conditions de ressources (ou calculées en tenant compte des charges de famille) et le versement de cotisations, même durant plus de 6 mois, n'ouvre plus aucun droit si l'assuré occupait un emploi temporaire subventionné.

Le délai-cadre

Un *délai-cadre d'indemnisation* de deux ans commence à courir le premier jour où toutes les conditions dont dépend le droit à l'indemnité sont réunies. Le *délai-cadre de cotisation* commence à courir deux ans plus tôt. L'assuré doit avoir cotisé durant 6 mois au moins (12 mois en cas de chômage répété) durant le délai-cadre de cotisation, ou être expressément libéré de l'obligation d'avoir cotisé s'il n'a pu s'acquitter de cette obligation en raison d'une formation professionnelle ou d'une maladie, par exemple.

Le droit maximum à l'indemnité de chômage

Le *droit maximum* à l'indemnité de chômage est le nombre d'indemnités auxquelles l'assuré peut prétendre durant son délai-cadre d'indemnisation s'il ne retrouve pas d'emploi :

- jusqu'à 50 ans : 150 indemnités ;
- jusqu'à 60 ans : 250 indemnités ;
- plus de 60 ans : 400 indemnités.

L'indemnité spécifique

L'indemnité spécifique est calculée comme l'indemnité journalière, mais elle n'est versée que si l'assuré accepte de participer à une mesure de reconversion, perfectionnement ou intégration professionnels, ou s'il n'obtient pas l'emploi temporaire auquel il a droit. Elle est versée par tranches de 80 indemnités, jusqu'à la fin du délai-cadre d'indemnisation.

En cas de *réduction de l'horaire de travail*, l'assurance verse une indemnité correspondant à 78,4 % de la perte de gain prise en considération.

En cas d'*insolvabilité de l'employeur*, l'assurance verse une indemnité correspondant à 100 % de la perte de gain prise en considération. Seules sont couvertes les créances portant sur les six derniers mois de travail.

R. Loi fédérale sur l'assurance-chômage du 25 juin 1982 — Ordonnances, Modification du 11 décembre 1995 — Ordonnances, Arrêté fédéral urgent du 13 décembre 1996.

Voir : Chômage — Chômage (Article constitutionnel relatif à la protection contre le) — Contre-prestations — Office régional de placement (ORP)

Michel Cornut

Maternité (Protection de la)

Au sens large, la protection de la maternité comprend la couverture des soins de santé et la prévention, la garantie du revenu durant le congé de maternité et la protection contre les licenciements, un soutien financier aux mères sans activité lucrative. Aucune assurance ne couvre la protection des mères, ainsi définie, en dépit du mandat impératif inscrit dans la Constitution en date du 25 novembre 1945 (repris dans le texte révisé entré en vigueur le 1er janvier 2000). Toutes les tentatives ont échoué en votation :

- 2 décembre 1984 : rejet de l'initiative pour une protection efficace de la maternité (1980) ;
- 6 décembre 1987 : rejet de la révision de la LAMal, introduisant le versement d'une indemnité de maternité ;
- 13 juin 1999 : rejet de la Loi fédérale sur l'assurance-maternité, adoptée par le Parlement le 18 décembre 1998.

En l'absence d'une Loi fédérale couvrant la maternité, il convient de rechercher, dans différentes lois, quels sont les droits de la femme enceinte et de la jeune mère.

Pour toutes les femmes, la Loi fédérale sur l'assurance-maladie prévoit la couverture des soins de santé à titre obligatoire, sans délai d'attente et sans réserve. La prévention, bien que limitée, fait également partie des prestations obligatoirement à charge des assureurs-maladie.

Pour les femmes professionnellement actives, une première catégorie de normes impose, à l'employeur, des mesures protectrices tenant, notamment, aux conditions de travail durant la grossesse ainsi qu'à l'interdiction de travailler après l'accouchement. Ces normes sont contenues dans la Loi fédérale sur le travail, dont la dernière révision est entrée en vigueur le 1er août 2000.

Une deuxième catégorie de normes, rattachées au contrat individuel de travail, consacre la nullité du licenciement durant toute la grossesse et dans les 16 semaines qui suivent l'accouchement.

Enfin, les dispositions de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie fixent à 16 semaines la durée du paiement de l'indemnité de maternité. Elles n'ont cependant aucun caractère obligatoire. La protection peut donc également dépendre de contrats de droit privé conclus selon les règles de la Loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA). Enfin, un grand nombre de femmes sont dépourvues de toute prestation d'assurance après l'accouchement. Leur sécurité économique est entièrement fondée sur le droit privé qui impartit, à l'employeur, l'obligation de verser le salaire durant une période limitée dépendant de l'ancienneté dans l'entreprise.

Pour combler la lacune existant au niveau fédéral, certains cantons s'engagent sur la voie d'une assurance-maternité cantonale. Tel est le cas de Genève qui dispose, depuis le 1er juillet 2001, d'un régime offert à toutes les femmes professionnellement actives (80 % du salaire durant 16 semaines).

Les femmes au foyer ne bénéficient d'aucune prestation en espèces fondée sur le droit fédéral. Un certain nombre de cantons ont adopté des législations à caractère assistantiel, garantissant le droit à une allocation de maternité, parfois assorti d'un délai de carence défini comme une durée minimale de domicile sur le territoire cantonal. De telles allocations reviennent, en priorité, à la mère. Elles sont parfois accordées au père, généralement s'il assume la charge de l'enfant.

R. A. Aebi, D. Dessoulavy, R. Scenini, *La politique familiale et son arlésienne : L'assurance-maternité*, Les Editions IES, Genève, 1994. — J.-L. Duc (sous la direction de), *L'assurance-maternité : colloque de Lausanne 1998*, IRAL, Lausanne, 1999.

Voir : Assurance-maladie (AM) — Avortement — Famille (Article constitutionnel sur la protection de la) — Incapacité de travail

Béatrice Despland

Prestations complémentaires (PC)

Objectif

Le régime des prestations complémentaires (PC) a été introduit par la loi fédérale du 19 mars 1995 (LPC), entrée en vigueur le 1er janvier 1996. Conformément au Message y relatif du Conseil fédéral, l'objectif poursuivi est d'assurer un minimum vital à cette partie de la population qui en est réduite, ou peu s'en faut, aux prestations de l'AVS et de l'AI.

Nature des PC

Les PC sont de véritables prestations d'assurance, qui créent en faveur de leurs bénéficiaires un droit bien défini, susceptible de recours et indépendant des conditions spécifiques attachées à l'octroi de prestations d'assistance (telles que délais d'attente, subordination aux aliments de proches, restitution si retour à meilleure fortune, etc.). Elles sont formées de deux composantes, à savoir :

- a) la prestation complémentaire annuelle, versée mensuellement ;
- b) le remboursement des frais de maladie et d'invalidité.

Ayants droit

Le cercle des bénéficiaires de PC s'étend aux personnes qui :

— ont un droit propre à une rente de l'AVS (même en cas d'anticipation du droit à la rente), à une rente entière ou à une demi-rente de l'AI, à une allocation pour impotent de l'AI, ou touchent une indemnité journalière de l'AI pendant six mois au moins ;

— ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse ;

— sont de nationalité suisse ou, si elles sont étrangères, ont habité en Suisse de manière ininterrompue durant 15 ans (cinq ans pour les réfugiés et les apatrides).

Les personnes qui n'ont pas droit à une rente de l'AVS/AI, ou n'ont droit qu'à une rente de faible montant de l'AVS/AI, peuvent, en vertu d'une convention de sécurité sociale, prétendre à des PC après 10 ans déjà dans le cas d'une rente de vieillesse, voire de 5 ans dans le cas d'une rente d'invalidité, d'une rente de survivant ou d'une rente de vieillesse venant se substituer à une rente de survivant ou d'invalidité.

Calcul de la PC annuelle

Le montant de la PC annuelle correspond à la part des dépenses reconnues qui excède les revenus déterminants. Si les revenus déterminants (rentes AVS/AI, caisse de retraite, revenu du travail, revenu du capital, parts de fortune ou de revenu dessaisies, etc.) sont inférieurs à l'addition des montants destinés à la couverture des besoins vitaux et des autres dépenses reconnues par la loi (frais de loyer p. ex.), une PC peut être versée à concurrence du solde à combler.

Pour les personnes qui vivent en permanence ou pour une longue période dans un home ou dans un hôpital (pensionnaires), les dépenses reconnues spécifiques à cette catégorie de bénéficiaires sont la taxe journalière d'une part, le montant pour dépenses personnelles d'autre part.

Frais de maladie et d'invalidité

Si elles vivent à domicile, les personnes au bénéfice d'une PC annuelle peuvent obtenir, en sus, le remboursement des frais de maladie et d'invalidité reconnus et dûment établis de l'année civile en cours jusqu'à concurrence de 25 000 francs pour les personnes seules et de 50 000 francs pour les couples. Pour les pensionnaires, un montant de 6000 francs peut être versé en plus de la PC annuelle. Enfin, un remboursement est également susceptible d'entrer en ligne de compte lorsqu'aucune PC annuelle n'est versée.

Financement

La LPC est une loi de subventionnement, en ce sens que la Confédération restitue aux cantons qui ont légiféré en la matière et octroient des PC (c'est le cas de tous les cantons) une partie de leurs dépenses correspondantes. Ainsi, les cantons à forte capacité financière reçoivent l'équivalent de 10 % de leurs dépenses. Les cantons à capacité financière moyenne se voient rembourser, selon une échelle mobile, de 11 à 34 % de leurs dépenses, et les cantons à faible capacité financière, 35 % de leurs dépenses. Pour la couverture du solde (soit 65 à 90 %), les cantons doivent recourir à leurs propres sources de financement (soit aux impôts). Ils peuvent aussi faire participer les communes.

Organes d'exécution des PC

Ce sont les caisses cantonales de compensation, à l'exception de Genève, Bâle-Ville et Zurich.

R.E. Carigiet, *Ergänzungsleistungen zur AHWIV*, Schultess Polygraphischer Verlag, Zürich, 1995. — A. Rumo-Jungo, *Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht*, Schultess Polygraphischer Verlag, Zürich, 1994. — P. Gilliland (Éd.), *Pauvretés et sécurité sociale*, Réalités sociales, Lausanne, 1990.

Voix : Assurance-invalidité (AI) — Assurance-maladie (AM) — Assurance-vieillesse et survivants (AVS) — Soins et aide à domicile — Home/Établissement médico-social (EMS)

François Huber

Aide sociale

Au début de ce siècle, l'assistance aux pauvres (ou assistance publique) était généralement considérée comme un mal nécessaire, sa connotation négative étant particulièrement affirmée. Pour tenter de dépasser cette image, on parle aujourd'hui d'*aide sociale*, voire d'assistance sociale, même si cette terminologie ne s'est pas encore imposée partout.

Ce secteur de la politique sociale relève de la compétence des cantons dans son application, mais est régi par des lois fédérales. L'article 48 de la Constitution fédérale indique que : « Les personnes dans le besoin sont assistées par le canton dans lequel elles séjournent. Les frais d'assistance sont à la charge du canton

de domicile ». La loi fédérale du 24 juin 1977 sur la compétence en matière d'assistance des personnes dans le besoin définit aussi ce qu'elle entend par *personnes dans le besoin* : une personne est dans le besoin lorsqu'elle ne peut subvenir d'une manière suffisante ou à temps par ses propres moyens à son entretien et à celui des membres de sa famille qui partagent son domicile. La mise en œuvre de ces règles est très différente selon les cantons, voire les communes. Elle est fondée sur trois principes :

a) *Le principe de subsidiarité* : l'aide sociale est une prestation d'urgence attribuée aux personnes qui ne sont plus en mesure de bénéficier d'autres formes de soutien, en particulier de la famille, du secteur privé ou des assurances sociales. Elle assume donc une fonction de subsidiarité. Elle se présente comme le dernier filet du système d'assurances sociales ; cela signifie que lorsque l'ensemble des prestations de ces assurances se révèlent insuffisantes pour libérer de la pauvreté, voire de la misère, il reste une dernière ressource à exploiter : l'aide sociale.

b) *Le principe d'individualisation du besoin* : l'aide sociale est consentie aux personnes nécessiteuses, quelles que soient les raisons qui les ont conduites dans cet état de besoin. L'aide est individualisée selon la situation personnelle du demandeur. Elle repose sur le principe de la preuve de l'indigence, c'est-à-dire sur la constatation d'un état d'incapacité de disposer du minimum vital en raison d'un niveau de ressources net insuffisant.

c) *Le principe de contrôle* : l'aide sociale est octroyée aux individus sous certaines conditions et dans le cadre de l'imposition de règles de comportement.

En règle générale, les cantons délèguent aux communes l'organisation de l'aide sociale, ce qui induit une grande diversité des modèles de mise en œuvre. Il existe cependant un organe central, la Conférence suisse des institutions d'assistance publique (CSIAP) qui établit des normes de l'aide sociale, des recommandations et des lignes directrices quant au principe de la garantie du minimum vital. Bien que tous les cantons soient membres de cette conférence, certains d'entre eux font preuve d'indépendance en adaptant les montants proposés aux conditions locales : ils sont parfois plus généreux ou plus restrictifs.

Le financement de l'aide sociale est effectué par le biais des impôts et des finances publiques et non pas par un pourcentage prélevé sur les salaires ou par des cotisations.

Actuellement, l'aide sociale connaît une importante mutation, en particulier en raison du nombre de plus en plus important de personnes qui sont contraintes à y faire recours.

R. F. Wolffers, *Fondements du droit de l'aide sociale*, Haupt, Berne, 1996. — *Aspects de la sécurité sociale (ASS)*, Revue de la Fédération suisse des employés d'assurances sociales, No 3, 1997 (important dossier contenant de nombreuses indications techniques).

Voir : Don — Minima sociaux — Minimum d'existence (Droit au) — Revenu minimum cantonal d'aide sociale (RMCAS) — Revenu minimum d'insertion (RMI) — Revenu minimum de réinsertion (RMR) — Sécurité sociale (Architecture de la)

jpf