

Zeitschrift:	Magazine aide et soins à domicile : revue spécialisée de l'Association suisse des services d'aide et de soins à domicile
Herausgeber:	Spitex Verband Schweiz
Band:	- (2015)
Heft:	2
Rubrik:	Dossier "Financement des soins" : aux dépens de ceux qui en ont besoin?

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 29.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>



Aux dépens de ceux qui en ont besoin?

Depuis 2011, les coûts des soins en Suisse sont répartis de manière fixe sur trois «payeurs». Les caisses maladie et les assurés apportent leur contribution – et les pouvoirs publics sont censés prendre en charge le reste. Mais les cantons appliquent cette réglementation de manière très variable... parfois au détriment de personnes âgées et fragilisées.



«Les coûts des soins ne sont pas couverts.»

A travers une initiative parlementaire, la conseillère aux Etats argovienne Christine Egerszegi (radicale-libérale) demande un amendement du nouveau régime de financement des soins. Selon cette éminente spécialiste de la politique de santé, certains aspects n'ont pas été réglés de façon assez claire par le législateur – avec des conséquences problématiques de part et d'autre.

Magazine ASD: Christine Egerszegi, le nouveau régime de financement des soins est en vigueur depuis 2011. La Confédération a voulu ainsi éviter que des personnes recevant des soins ne deviennent dépendantes de l'aide sociale. Le but est-il atteint?

Christine Egerszegi: Oui, ce but est atteint en ce qui concerne les frais des soins. Mais nous constatons à présent que des montants concernant les soins sont déplacés dans les frais d'assistance. Ces derniers, qui ne sont limités en aucune façon, augmentent de façon exorbitante. Du coup, les personnes âgées et dépendantes risquent quand même de devoir recourir à l'aide sociale – en raison des frais d'assistance et d'encadrement social qui, contrairement aux coûts des soins, sont majoritairement à leur charge. Nous avons ici une nouvelle menace de précarité.

La loi prévoit que si les contributions de la caisse maladie et la participation des patients ne sont pas suffisantes, les cantons ou les communes doivent prendre en charge la différence. Que se passe-t-il en pratique?

Nous avons aujourd'hui 22 solutions différentes selon les cantons, ce qui ne facilite pas les comparaisons. La grande difficulté réside dans les prestations de soins fournies en dehors du canton de domicile. Certains cantons refusent d'assumer les frais résiduels pour des prestations de soins fournies au patient dans un autre canton. Le législateur voulait que les cantons se mettent d'accord, mais ils n'y sont pas parvenus.

Apparemment, cela a même donné des situations assez extrêmes de «sans domicile fixe»?

Oui, cela s'est présenté encore récemment. Une dame dans le canton de Zurich par exemple voulait s'installer dans un EMS proche de sa famille, dans la région bâloise. Elle a donc quitté officiellement son domicile pour déposer ses papiers au nouveau lieu de résidence, et là, s'est trouvée face à un refus, parce que le séjour en EMS n'était pas une cause de domicile. Lorsqu'elle voulut revenir et déposer ses papiers à son ancienne adresse, on lui a dit qu'elle était désinscrite et que par conséquent, on ne la reprenait plus!

«Les frais d'assistance amènent un nouveau risque de précarité.»

Que dites-vous de ces manières de procéder?

C'est inadmissible. Il y a trois ans, les Commissions pour la sécurité sociale et la santé publique du Conseil National et du Conseil des Etats ont eu connaissance de tels faits et les ont rapportés aux cantons. Mais les problèmes n'ont pas été réglés. C'est pourquoi le législateur doit agir.

Les prestations de services d'aide et de soins à domicile hors du canton sont également financées de manière inégale. Avez-vous des exemples?

Si une patiente fait un séjour de convalescence dans un autre canton que le sien et a besoin de soins à domicile, il est possible que ce canton ne paie pas les frais résiduels – alors qu'il paie pour tous ses ressortissants, dans d'autres cantons. Il y a donc des cas où les soins ne sont pas couverts, ce qui est illégal.

Quelle serait la solution? Dans un litige concernant les soins stationnaires, le Tribunal Fédéral a décidé que c'était au canton où se trouvait l'EMS d'assumer le coût résiduel.

Mais comme l'a clairement dit le Tribunal Fédéral, ceci n'était valable qu'en attendant une base légale. La sous-commission du Conseil des Etats est en train d'y travailler. Avec les prestations complémentaires, c'est aujourd'hui le canton d'origine qui assume. Dans le texte de mon initiative parlementaire, je m'exprime en faveur de la libre circulation entre différents fournisseurs de soins reconnus.

20 ans sous la coupole

swe. Christine Egerszegi est conseillère aux Etats du canton d'Argovie depuis 2007 (groupe radical-libéral). Au Conseil National depuis 1995, elle en a assuré la présidence en 2006 et 2007. Sa connaissance du dossier du nouveau financement des soins est d'autant plus complète qu'elle a accompagné les Commissions de la sécurité sociale et de la santé publique des deux Conseils. En 2013, Mme Egerszegi, qui a toujours maintenu son indépendance en tant que politicienne de la santé, a déposé une initiative parlementaire pour amender le régime de financement des soins. Avec de telles initiatives, le Parlement peut lui-même modifier un projet de loi. Les deux Commissions ont donné suite à cette initiative, qui exige que la loi soit modifiée de façon à répartir les compétences en ce qui concerne le financement résiduel des prestations de soins fournies aux patients venant d'autres cantons dans les domaines hospitalier et ambulatoire; à garantir la liberté de choix entre fournisseurs de prestations reconnus; à distinguer mieux et plus clairement frais de soins et frais d'assistance. Actuellement, une sous-commission du Conseil des Etats prépare un projet de décret. Le but est d'obtenir que l'affaire soit portée au plenum lors de la session d'automne. Après 20 ans au Palais fédéral, Mme Egerszegi, qui a bientôt 67 ans, ne se présentera pas aux élections d'octobre. Mais elle restera proche des sujets sociaux et de santé publique.

Dans plusieurs cantons, avec le nouveau régime de financement des soins, les clients de l'aide et des soins à domicile doivent participer aux frais. Comment cela se fait-il?

Nous avons à l'échelle nationale douze modèles de participation de l'assuré aux coûts des services d'aide et de soins à domicile. Cette diversité complique encore l'établissement des factures et empêche toute comparaison des prestations fournies. Et il en résulte des injustices pour les patients: une mère souffrant de démence qui loge d'abord chez sa fille, puis chez son fils dans un autre canton, se voit soudain facturer le double. D'autres cantons, en revanche, ne connaissent pas la participation de l'assuré.

La participation du patient devrait-elle être abolie?

Non, je suis favorable à une participation de l'assuré. L'ensemble du financement des soins est partagé entre trois agents payeurs: une partie vient de la caisse maladie, une autre est la contribution de l'assuré et ce qui n'est pas couvert est pris en charge par les pouvoirs publics. Je trouve que dix pourcent de contribution personnelle seraient justifiés, mais pas plus.

Certains cantons limitent leur participation au financement résiduel en établissant des taxes normatives. Les organisations de maintien à domicile voient ainsi ramollir la protection tarifaire et les EMS disent que ces coûts normatifs sont trop bas. Qu'en pensez-vous?

Les coûts normatifs ne sont pas toujours trop bas et la réglementation n'est pas la même partout. Cela dit, une chose est claire: si les frais effectifs des soins à domicile – y compris les frais de déplacement et le matériel des soins – sont plus élevés que les taxes normatives, la protection tarifaire n'est pas respectée. C'est contraire au droit. Nous avons également soulevé ce problème au sein de la sous-commission.

Vous avez évoqué l'augmentation des coûts d'assistance en EMS. Monsieur Prix s'en était déjà inquiété. Que se passe-t-il?

Prenez l'exemple de Bâle Campagne, où des postes correspondant aux soins ont carrément été transformés en frais d'assistance. Ceci n'a été rectifié que plus tard par le Tribunal Fédéral, qui a demandé un changement rétroactif et des remboursements. Je connais aussi des cas d'établissements publics dans le Canton de Zurich où les frais men-

suels liés aux soins (Besa, niveau de soins 2) étaient de 500 francs, alors que les frais d'encadrement se montaient à 2000 francs. Tout ce qu'on ne peut pas faire passer en soins passe en frais d'assistance. Cette distinction doit être clarifiée et faire l'objet de plus de transparence. Toutefois, je peux comprendre que le fournisseur de prestations doive avoir un «payeur» lorsque les soins ne peuvent pas être facturés.

Cela signifie que les coûts effectifs liés aux soins ne sont pas couverts?

Ces coûts ne sont pas couverts partout, et c'est un problème. Les coûts des soins médicalement prescrits sont répartis de manière fixe, tel que c'est prévu par la loi. Si on en retire des éléments, on enfreint la loi.

A vous entendre, on pourrait croire que les pouvoirs publics essaient de se «défiler» quant à leur responsabilité de prise en charge?

Non, on ne peut pas dire cela aussi catégoriquement. Mais les cantons sont sous pression et doivent faire des économies. Certains ont baissé leurs impôts.

En tant que radicale, vous devriez trouver normal que les cantons et les communes insistent sur la rentabilité des EMS et du maintien à domicile afin de ne pas soumettre le contribuable à une charge excessive?

Nous avons évidemment tous un intérêt à ne pas payer des impôts et des primes de caisse-maladie trop élevés. Mais je connais également la Constitution fédérale (lit à haute voix): «La Confédération et les cantons s'engagent (...) à ce que (...) toute personne bénéficie des soins nécessaires à sa santé.» Nous autres politiques – quelque soit le parti auquel nous appartenons – avons prêté serment sur la Constitution. De temps à autre, je rappelle cela à mes collègues.

Avec le vieillissement de la population, les coûts des soins vont augmenter au cours des prochaines années. Comment en assurer le financement s'il y a déjà des découverts?

Il est intéressant de constater que lorsqu'on parle de soins de longue durée, c'est toujours d'emblée en association avec les coûts. Mais si quelqu'un souffre d'un cancer par exemple, il obtiendra tout naturellement n'importe quelle opération chirurgicale, même à un âge avancé. Personne ne demandera ce que cela coûte. Toutes les études montrent que les coûts de santé les plus élevés apparaissent au cours des deux dernières années de vie, que la personne soit jeune ou vieille. Les coûts des soins n'augmentent pas du fait que la personne vieillit, mais parce qu'il y a davantage de personnes âgées.



Elle défend ceux qui ont besoin de soins: Christine Egerszegi en interview avec le Magazine ASD. Photos: Guy Perrenoud

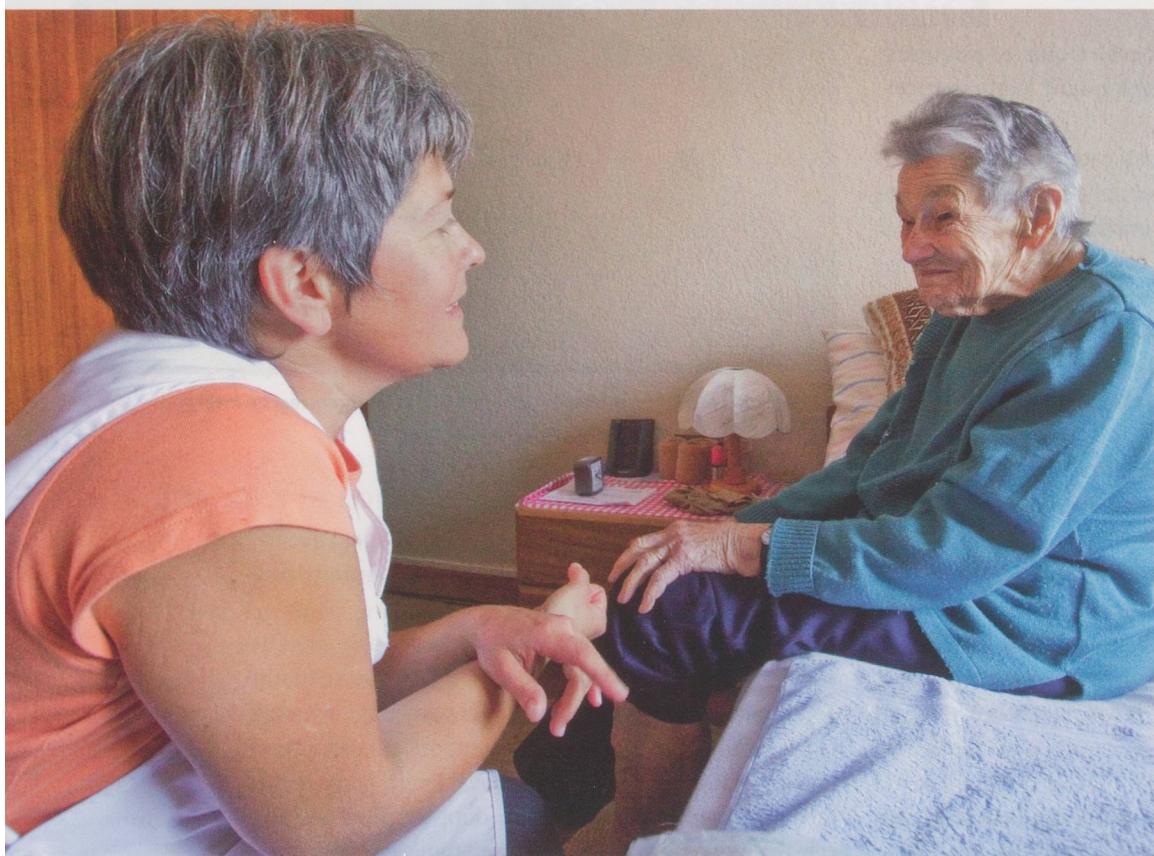
Comment faire pour qu'en prenant de l'âge, l'accès à de bons soins ne soit pas réservé uniquement aux personnes aisées?

Nous n'avons certainement pas besoin d'une assurance des soins séparée. Ce serait la fin du principe de solidarité. Toute leur vie, les seniors ont payé des primes de caisse-maladie, parfois trop d'ailleurs, par rapport aux prestations reçues. Notre société a la responsabilité d'accorder aux personnes dépendantes les soins dont elles ont besoin et cela me dérange que ce principe soit remis en question. Ce n'est même pas la moitié des plus de 80 ans qui nécessite des soins. Dans la tranche des 65 à 75 ans il s'agit seulement de quatre pour cent. Nous avons un bon financement des soins, l'aménagement est juste. Mais les cantons ont eu une trop grande marge de manœuvre et c'est ce qu'il faut rectifier. □

Interview: Susanne Wenger
Conseillère en hospitalisation préventive et en soins de longue durée, AGES, Berne
E-mail: susanne.wenger@ages.admin.ch

Un patchwork fédéraliste

Le nouveau régime de financement des soins, en vigueur depuis plus de quatre ans, est mis en œuvre de manière très variable selon les cantons. La nécessité d'y apporter des améliorations apparaît de plus en plus.



La mise en œuvre du nouveau régime de financement présente des lacunes – parfois au détriment de ceux qui reçoivent des soins à domicile. Photo: ASSASD/Alan Meier

Au départ, le but est assez clair. Les coûts des soins en Suisse – environ cinq milliards de francs par an – sont répartis sur trois payeurs: les caisses maladies, les personnes recevant des soins et les pouvoirs publics. Les contributions privées des assurés et les prestations des assurances sont limitées. L'assurance maladie paie un montant déterminé selon le degré de soins, les clients des soins à domicile mettent au maximum 15.95 CHF de leur poche (par jour), les résidents d'établissements médico-sociaux 21.60 CHF.

Le nouveau régime de financement des soins, en vigueur depuis plus de quatre ans, est mis en œuvre de manière très variable selon les cantons. La nécessité d'y apporter des améliorations apparaît de plus en plus.

Si cela ne suffit pas, comme dans la plupart des cas, c'est à l'Etat d'intervenir.

Les cantons doivent régler la manière dont ils financent les coûts résiduels. C'est ainsi que le prévoit la loi votée par le Parlement en 2008. La branche des soins avait fini par l'approuver parce que, disait-on alors, les avantages privaient sur les inconvénients. Les fournisseurs de prestations et les représentants de patients, réunis en communauté d'intérêts, avaient renoncé à un référendum.

Le nouveau régime est entré en vigueur en 2011. Depuis, tous les cantons ont décidé comment régler le financement résiduel, avec toutefois une grande diversité de pratiques, même pour des habitudes de fédéralisme typiquement helvétiques. Tantôt,

c'est le canton qui fixe le financement résiduel, et tantôt, ce sont les communes. Soit c'est le canton qui paie, soit les communes, ou parfois les deux. L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) en a conclu en 2013 que l'application du financement des soins souffrait d'un manque de coordination au niveau intercantonal. Le financement résiduel connaît des problèmes manifeste dans sa mise en œuvre. Même le surveillant des prix, Stefan Meierhans, est intervenu de manière urgente avec un rapport mettant en

Participation de l'assuré, soins ambulatoires

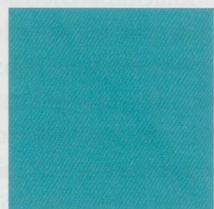


Chacun à sa manière: c'est ainsi que les cantons mettent en œuvre le nouveau régime de financement des soins (Janvier 2015).

Liste complète sous www.spitex.ch (Politique).



Cantons puisant le maximum dans leurs compétences: Fr. 15.95 par jour où des prestations de soins sont fournies selon OPAS.



Pas de participation de l'assuré.



20% des coûts facturés pour prestations de soins selon OPAS.
Max. 15.95 par jour.



Fr. 8.– par jour où des prestations de soins sont fournies selon OPAS.



10% des coûts facturés pour prestations de soins selon OPAS.
Max. Fr. 8.– par jour.



10% des coûts facturés pour prestations de soins selon OPAS.
Max. Fr. 8.– par jour.

évidence des disparités et constatant une hausse de la charge financière pour les personnes âgées. Il déplore encore aujourd’hui le fait que les EMS soient tentés de déplacer les coûts des soins sur les taxes d’assistance et les taxes de pension: «C'est grave et injuste pour le résident.» Depuis, certains cas ont dû être tranchés au tribunal.

«Des problèmes graves»

Par l’intervention de la conseillère aux Etats Christine Egerszegi, le besoin d’agir a été reconnu au niveau politique (voir interview dans ces pages). La communauté d’intérêts Financement des soins s’est également reformée et travaille à une prise de position. En font partie l’Association suisse des services de soins à domicile, Curaviva Suisse (EMS), l’Association suisse des infirmières et infirmiers ASI, le Conseil suisse des aînés et l’Association Alzheimer Suisse. «Le nouveau financement des soins crée des problèmes graves, aussi pour les patients que pour les prestataires», dit Silvia Marti, Secrétaire centrale ad interim de l’ASSASD. Pour les organisations de maintien à domi-

cile, il devient de plus en plus difficile d’atteindre la couverture des coûts. Dominik Lehmann, chargé de communication chez Curaviva Suisse, tient le même discours: «Les institutions voient apparaître des découvertes parce que les payeurs restants ne règlent pas les coûts effectifs.» Ceci généralement au détriment des personnes résidant en EMS.

Si le système de financement des soins lui-même n'est pas en remis en cause, il aurait besoin, selon les principaux intéressés, d'être optimisé. Au sein de ce dossier compliqué, les revendications vont d'un financement résiduel suffisant par les pouvoirs publics à la prolongation et au financement des soins aigus et de transition. Sont également demandés un accroissement des niveaux de soins (douze degrés actuellement) et l'augmenter des contributions des caisses maladie. Trois points semblent illustrer les principales déficiences de la mise en œuvre:

Charge inégale sur les clients des soins à domicile

La loi permet désormais une participation des patients aux coûts des soins à domicile. Mais la décision de les faire passer à la caisse ou non est laissée aux cantons. Sept cantons, romands pour la plupart, ont renoncé à faire participer le client. Des variantes diverses ont été appliquées dans les autres cantons, avec des contributions journalières se situant entre 8 et 15.95 CHF et des pourcentages de 10 ou 20 pourcent. Aujourd’hui, les usagers des soins à domicile déboursent eux-mêmes plus de 60 millions de francs par an, ce qui représente une lourde charge pour certains d’entre eux. Dans les cantons qui profitent au maximum de leur marge de manœuvre, un patient recevant des soins à domicile paie plus de 5000 CHF par an au titre des soins, estime Silvia Marti de l’ASSASD. «Cela constitue une très grosse part des frais de maladie», d'autant qu'il faut y ajouter la quote-part et la franchise individuelle de l'assurance maladie. Des organisations de maintien à domicile ont ainsi rapporté que pour des raisons de coûts, certains patients renoncent aux soins prescrits par le médecin. La charge risque alors de se répercuter plus loin, par une sollicitation accrue des proches aidants. Lorsque les soins sont lacunaires, cela amène également un risque de placement ou d'hospitalisation prématu-
ré: «Tout cela revient trop cher à la communauté», explique Silvia Marti, selon laquelle il faudrait une réglementation unifiée dans la loi fédérale. L’ASSASD se déclare favorable à une participation du patient de 10 pourcent maximum.

Soins hors canton – qui paie?

Le financement des prestations hors du canton est également source de problèmes et devrait faire l'objet d'une réglementation unifiée au niveau national. Silvia Marti

Cantons: «une incitation à l’efficience»

swe. La Conférence suisse des directrices et directeurs de la santé (CDS) réfute le reproche selon lequel les cantons feraient des économies sur le dos des personnes âgées. Les frais «élégitimes» ou «justifiés» pour des soins de bonne qualité doivent être couverts par les trois agents payeurs, selon Stefan Leutwyler, Secrétaire central suppléant de la CDS. «C'est indéniable.» Mais il précise: cela ne signifie pas que les EMS et les organisations de maintien à domicile puissent générer des coûts aussi élevés qu'ils veulent et ensuite les faire assumer aux cantons. Les taxes normatives étaient censées inciter à fournir des prestations efficientes. Le représentant du canton renvoie ici l’argument et exige de la part des prestataires plus de transparence et une utilisation unifiée des instruments de calcul des coûts. «Il y a encore à faire.» Stefan Leutwyler ne trouve pas non plus pertinente la critique selon laquelle les cantons ne se seraient pas mis d'accord pour le financement résiduel de prestations hors canton: «La compétence est établie.» Du point de vue du législateur, c'est le canton de domicile qui est compétent pour les soins à domicile, dans la même mesure que si les soins avaient été prodigués dans le canton. Si cela pose des problèmes dans la pratique, il faut selon lui faire valoir ses prétentions par voie judiciaire. Pour les cantons, un besoin d'adaptation de la loi ne serait envisagé que dans le cas des séjours en EMS hors canton. La CSD est favorable au modèle des prestations complémentaires, selon lequel le canton d'origine prend en charge les coûts résiduels pour le résident n'importe où en Suisse. Ainsi, les cantons peuvent «accorder les deux instruments de financement selon leur propre compétence». Plus de la moitié des résidents en EMS touchent aujourd’hui des prestations complémentaires.

de l'ASSASD donne un exemple: «Juste après un séjour à l'hôpital, une personne âgée est encore affaiblie et pas en mesure de se débrouiller seule. Elle se rend donc provisoirement chez son fils ou sa fille qui réside dans un autre canton, et a besoin, en plus de l'aide de ses proches, de recevoir des soins tels qu'un changement de pansement.» Qui doit prendre en charge le financement résiduel, le canton de domicile de cette dame, ou le canton où elle bénéficie temporairement de ces soins? Ceci est réglementé de plusieurs façons très différentes. 13 cantons assument le coût résiduel pour les personnes soignées dans un autre canton. Huit cantons prennent en charge les frais résiduels lorsque les organisations de maintien à domicile prodiguent les soins se trouvent chez eux. Enfin, dans quatre cantons, les pratiques varient selon les communes. Des organisations de soins à domicile en sont arrivées au stade où elles facturent les frais résiduels au patient, dit Silvia Marti. Elle explique que sinon, la charge administrative serait trop grande, d'autant plus que certains cantons de domicile refusent de prendre en charge le financement. Des difficultés similaires apparaissent lors de séjours en EMS hors canton, par exemple lorsqu'une personne veut se rapprocher de sa famille. Fin 2014, dans une affaire qui se passait en Suisse centrale, le Tribunal Fédéral a estimé que c'était au canton où se trouvait l'EMS d'assumer les frais résiduels. Tout en spécifiant qu'il fallait trouver une solution. Les cantons eux aussi voient des besoins d'ajustement, mais seulement en ce qui concerne les soins stationnaires (voir encadré).

Coûts résiduels – les cantons sont-ils avares?

La plupart des cantons limitent leurs contributions aux soins en invoquant les taxes normatives – des valeurs donc moyennes, ou établies selon des points de référence. Pour la branche du maintien à domicile, cela signifie que la protection tarifaire est ramollie. «Certains cantons conseillent à nos organisations d'ajouter à la facture du patient des suppléments pour déplacement, travail nocturne ou jour férié», relève Silvia Marti. Mais le fait de fournir une prestation à domicile fait partie des soins ambulatoires, selon prescription. La loi exigerait donc que cette prestation soit couverte intégralement – et s'il le faut avec prise en charge des frais résiduels par les pouvoirs publics. «Souvent, les taxes normatives ne correspondent pas à la réalité», dit également Dominik Lehmann, qui représente Curaviva. C'est pour cela qu'il manque des millions aux EMS. Et pour éviter la ruine, de nombreuses institutions n'ont pas d'autre choix que celui de refacturer les coûts non couverts aux pensionnaires, au titre des frais d'assistance ou d'encadrement. «C'est désagréable pour tout le monde.»

Les cantons assument très diversement leur devoir de financement des soins, conclut Silvia Marti de l'ASSASD: «Le financement résiduel est insuffisant de la part d'un nombre toujours plus grand de cantons.» Dominik Lehmann estime que si les cantons ont posé – à raison – des exigences élevées aux institutions pour la qualité des soins, le financement des soins devrait donc fonctionner selon les mêmes critères. Selon lui, lorsqu'ils entrent aujourd'hui en EMS, les pensionnaires sont plus âgés et nécessitent plus de soins, ce qui affecte les coûts. «Il s'agit en fait d'une question sociétale: la valeur que nous attribuons aux personnes âgées.» □

Susanne Wenger

➤ www.spitex.ch

➤ www.parlament.ch/f

Recherche: 20140417

Alarme Croix-Rouge

Une sécurité de tous les instants



Une simple pression sur un bouton – et la centrale d'alarme Croix-Rouge organise des secours. Immédiatement et 24h/24. Un service personnalisé et compétent.

031 387 74 90 • www.alarme-croixrouge.ch

sponsorié par:

Allianz

Croix-Rouge suisse



L'Alarme Croix-Rouge est aussi disponible dans les 1600 offices postaux et sur www.postshop.ch