

Assurances sociales 2014

Rapport annuel selon l'article 76 LPGA



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral des assurances sociales OFAS

Assurances sociales 2014

Rapport annuel selon l'article 76 LPGA

Approuvé par le Conseil fédéral le 24 juin 2015

Publié par l'Office fédéral des assurances sociales, 2015
OFCL, Diffusion publications, CH-3003 Berne,
www.bundespublikationen.admin.ch

Photo couverture : Walter Schurter, Köniz

318.121.14F 350 07.15 860336 822

Informations complémentaires sur les assurances sociales

Statistique de poche « Les assurances sociales suisses » 2015

Numéro de commande 318.001.15F (français), 318.001.15D (allemand), 318.001.15E (anglais)

« Statistique des assurances sociales suisses » 2015 (parution fin 2015)

Numéro de commande 318.122.15F (français), 318.122.15D (allemand)

Statistiques actuelles pour les différentes assurances sociales :

www.ofas.admin.ch, avec des liens vers d'autres offices fédéraux

Table des matières

Avant-propos	3
Survol général, perspectives et principaux développements	5
Résultats 2014: AVS, AI, PC et APG	5
Raisons de la progression des dépenses de 2008 à 2013	7
Le taux des prestations sociales, indicateur des prestations des assurances sociales	9
Contributions de la Confédération	10
Stratégie en matière de sécurité sociale	11
Survol par branches	21
AVS Assurance-vieillesse et survivants	22
AI Assurance-invalidité	30
PC Prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI	38
PP Prévoyance professionnelle	42
AMal Assurance-maladie	48
AA Assurance-accidents	62
AM Assurance militaire	68
APG Allocations pour perte de gain	70
AC Assurance-chômage	74
AF Allocations familiales	78
Evolution et mesures touchant l'ensemble du système	86
Recours contre le tiers responsable	86
Relations internationales	87
Recherche	90
Commissions fédérales de gestion extraparlimentaires	92
Jurisprudence	95
Abréviations	99

Avant-propos

En vertu de l'art. 76 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA), le Conseil fédéral doit rendre régulièrement compte de la mise en œuvre de ces assurances. Le présent rapport fournit une vue d'ensemble systématique et complète de l'évolution, de l'état et des perspectives des assurances sociales, et présente les stratégies suivies pour faire face aux défis à relever.

Il est divisé en quatre parties :

- La première partie est consacrée à un survol général et aux principaux développements des assurances sociales.
- La deuxième partie fournit une vue d'ensemble des défis à relever. Elle présente les stratégies mises en œuvre par le Conseil fédéral pour les surmonter et précise les mesures nécessaires.
- La troisième partie donne une vue détaillée de chaque assurance : elle contient des statistiques illustrant leur évolution, analyse la situation financière actuelle, présente les réformes en cours et souligne les perspectives plausibles.
- Enfin, la quatrième partie conclut le rapport sous un angle transversal en abordant les thématiques du recours, des relations internationales, de la recherche et de la jurisprudence.

Le rapport s'efforce de suivre l'actualité :

- En matière de politique et de législation, il se concentre sur l'année 2014, mais tient également compte de l'évolution jusqu'à la fin de la session d'été 2015, le 19 juin.
- Les chiffres, les statistiques et les calculs prospectifs dépendent de la disponibilité des données : les assurances centralisées (AVS, AI, PC, APG, AC et AM) peuvent présenter leurs comptes et leurs statistiques après trois mois environ, tandis que les résultats des assurances décentralisées (PP, AMal, AA, AF) doivent d'abord être collectés et réunis, ce qui prend plus de temps.
- L'actualité du compte global dépend des données disponibles les plus récentes. Dans le présent rapport, le compte global se base sur les données relatives à l'état fin 2013, telles qu'elles se présentaient en avril 2015 (donc parfois encore provisoires).

Survol général, perspectives et principaux développements

Résultats 2014 : AVS, AI, PC et APG

1^{er} pilier : le 1^{er} pilier comprend les prestations de base du système suisse de prévoyance vieillesse, survivants et invalidité. Il est essentiellement financé par les cotisations salariales. Après la faiblesse conjoncturelle consécutive à la crise financière, les recettes provenant des cotisations ont à nouveau augmenté davantage à partir de 2011. Leur croissance moyenne a été de 2,5 % de 2011 à 2013. Mais elles n'ont progressé que de 1,4 % en 2014. La faiblesse relative de la croissance de la masse salariale a eu pour effet que le résultat de répartition de l'AVS est inférieur d'environ 300 millions de francs à son niveau des années précédentes.

AVS : l'AVS a connu en 2014 une augmentation de cotisations de 1,4 % (contre 2,3 % en 2013) en raison de l'évolution positive des salaires et du maintien de la croissance de l'emploi. La somme des rentes AVS ordinaires a augmenté de 2,8 % (contre 3,4 % en 2013, année d'adaptation des rentes). Sa hausse a donc été nettement supérieure, en 2014, à celle des cotisations. Globalement, la croissance des recettes de l'AVS a été de 1,4 %, alors que celle des dépenses a été de 2,2 %. De ce fait, le résultat de répartition hors produit des placements a continué de s'affaiblir, passant d'un léger excédent (14 millions de francs) à un déficit de 320 millions de francs. Comme 2014 a été une bonne année boursière, le résultat d'exploitation, déterminé selon le mode de calcul usuel et comprenant aussi le résultat des placements (produit courant du capital et variations de valeur du capital), est remonté à 1707 millions de francs, contre 908 millions l'année précédente. Cela dit, le résultat de répartition hors produit des placements reflète mieux l'activité d'assurance proprement dite.

AI : pour la troisième fois consécutive, l'AI a réalisé en 2014 un excédent significatif, de 922 millions de francs (contre 586 millions l'année précédente). Le résultat de répartition hors produit des placements a atteint 685 millions de francs (contre 509 millions

l'année précédente). Le résultat des comptes positif est attribuable à un accroissement des recettes (TVA et prise en charge des intérêts de la dette par la Confédération depuis 2011) ainsi qu'à un recul des dépenses pour les rentes ordinaires (-147 millions de francs). La somme des rentes AI ordinaires a diminué depuis 2007, passant de 6,1 à 5,0 milliards de francs. L'AI affichait déjà en 2011 un résultat quasi équilibré.

PC : les dépenses des prestations complémentaires (PC), allouées sous condition de ressources, ont atteint 4,7 milliards de francs en 2014, affichant ainsi une progression de 3,3 %, contre 2,1 % en 2013 ; 16,3 % de l'ensemble des bénéficiaires de prestations AVS et AI en Suisse ont perçu des PC.

PC à l'AVS : les PC à l'AVS évoluent de manière analogue à cette assurance. En 2014, elles ont amélioré de 7,9 % la somme des rentes AVS ; 12,4 % des bénéficiaires de rente de vieillesse et 8,3 % des personnes au bénéfice d'une rente de survivants ont bénéficié de PC en Suisse.

PC à l'AI : les dépenses des PC à l'AI ont augmenté de 2,3 % en 2014, plus faible taux depuis 1996 à l'exception de 2013. Le pourcentage des PC sur la somme des rentes AI a augmenté, passant à 44,2 %. En 2014, 44,1 % des bénéficiaires de rente AI ont perçu des PC.

APG : le résultat d'exploitation des APG a atteint 170 millions de francs en 2014. Grâce au relèvement à 0,5 % du taux de cotisation au 1^{er} janvier 2011, les APG étaient déjà passées d'un déficit de 0,6 milliard de francs en 2010 à un excédent de 97 millions de francs en 2011. En 2010, le Conseil fédéral avait en effet fait usage de sa compétence pour relever le taux de cotisation aux APG de 0,2 point début 2011, et ce pour une durée limitée, jusqu'à fin 2015. En juin 2015, il décidera du niveau futur du taux de cotisation aux APG.

Survol général, perspectives et principaux développements

Résultats 2004 à 2014: AVS, AI et PC

AVS : l'évolution de l'AVS se caractérise par de faibles taux de variation sur l'ensemble de la période considérée (la croissance des dépenses tend à être plus importante les années où les rentes ont été adaptées sur la base de l'indice mixte).

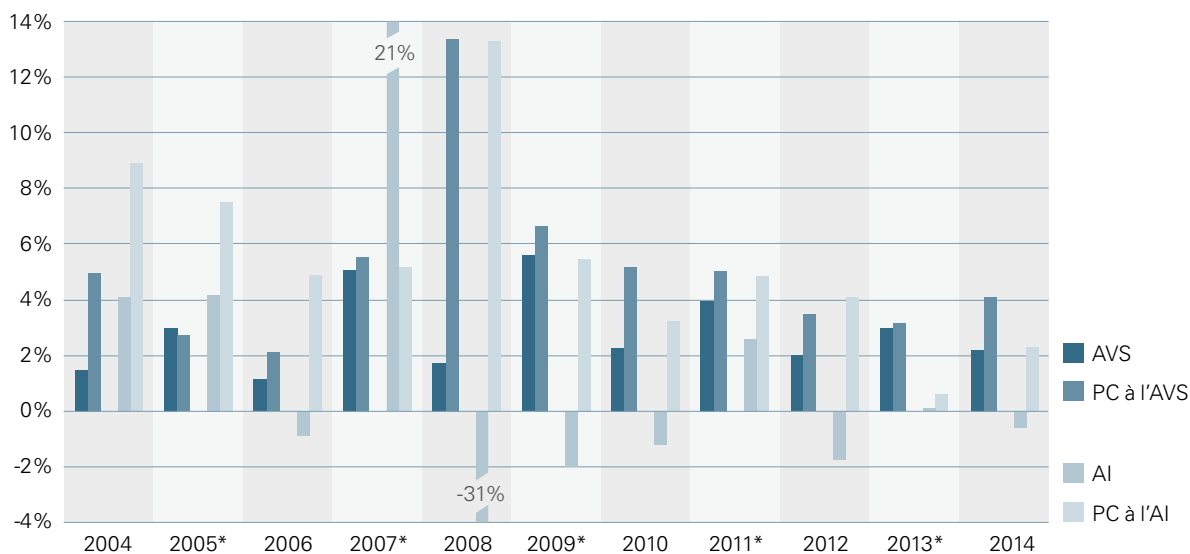
AI : les dépenses de l'AI ont à nouveau légèrement reculé en 2014. Après trois années consécutives de baisse des dépenses, l'AI a enregistré en 2011 une nouvelle hausse, principalement due à l'augmentation des intérêts débiteurs versés à l'AVS. Le taux de variation est à la baisse depuis 2004, si l'on exclut les dépenses au titre de la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT) comptabilisées en 2007 et que l'on tient compte de l'adaptation du montant des rentes en 2005, 2007 et 2011. Les montants exceptionnels comptabilisés en 2007, ainsi que la suppression en 2008 des subventions pour la construction et l'exploitation et des subventions aux écoles spéciales, rendent impossible toute comparaison directe avec les années 2007 et 2008.

PC à l'AVS : leur évolution est peu spectaculaire, analogue à celle de l'AVS. Les taux d'accroissement des PC à l'AVS tendent à être plus faibles les années où les rentes sont adaptées. Le bond observé en 2008 résulte de la réorganisation des PC à la suite de la RPT.

PC à l'AI : de 2010 à 2014, les PC à l'AI ont enregistré les taux d'accroissement les plus faibles depuis 2000. Mais ces taux sont élevés sur l'ensemble de la période considérée, dépassant généralement ceux de l'AI. Le bond de 2008 résulte de la réorganisation des PC dans le cadre de la RPT.

En 2014, les cotisations des assurés, en hausse de 1,4 %, n'ont pas suffi à compenser l'augmentation de 2,2 % des prestations sociales de l'AVS. Les années précédentes, les assurances centralisées – AVS, AI, APG et AC – avaient à nouveau connu des conditions plus favorables à une évolution financière équilibrée : les cotisations des assurés à l'AVS, à l'AI et aux APG avaient augmenté de plus de 3 % en 2011, de 2 % en 2012 et de 2,3 % en 2013.

Dépenses du 1^{er} pilier de la prévoyance VSI de 2004 à 2014, taux de variation



Les montants exceptionnels comptabilisés dans le cadre de la RPT en 2007 rendent impossible toute comparaison directe avec les années 2007 et 2008 pour l'AI.

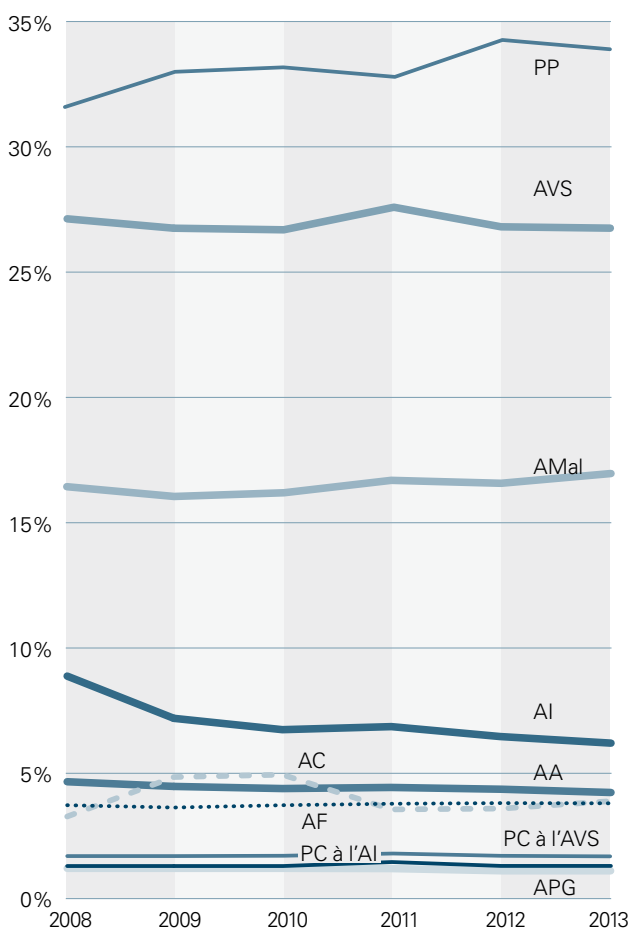
* Années où les rentes ont été adaptées sur la base de l'indice mixte

Source : CGAS de l'OFAS, SAS 2015

Raisons de la progression des dépenses de 2008 à 2013

Davantage que par l'évolution de leurs recettes, les assurances sociales se différencient par celle de leurs **dépenses**, qui dépend principalement des risques couverts par chacune d'elles. Le compte global des assurances sociales (CGAS) offre une **vue d'ensemble** précise des recettes et des dépenses respectives ; il est fondé sur les données de 2013.

Evolution de la part des dépenses de 2008 à 2013



Source : CGAS de l'OFAS, SAS 2015

Le graphique ci-dessus présente l'évolution des dépenses des différentes assurances sociales de 2008 à 2013. Les dépenses totales consolidées

ont été de 124 milliards de francs en 2008 et de 149 milliards en 2013. Les paragraphes suivants reviennent sur les évolutions principales des différentes assurances sociales par ordre d'importance dans les dépenses totales 2013.

La PP enregistre les dépenses les plus importantes, et c'est aussi l'assurance dont les dépenses ont le plus augmenté au cours de la période considérée. La part de celles-ci est passée de 31,7 % en 2008 à 33,9 % en 2013. Cette augmentation est également due au fait que la PP est encore en phase de constitution.

L'AVS se place, avec 26,8 % en 2013, au second rang des assurances sociales. Bien que ses dépenses soient passées de 33,9 milliards de francs en 2008 à 40,0 milliards en 2013, sa part dans l'ensemble des dépenses de sécurité sociale a diminué, passant de 27,2 à 26,8 %.

L'AI reste en quatrième position en 2013, bien que sa part soit passée de 8,9 % (2008) à 6,2 % (2013). Ce sont surtout le transfert de la Confédération aux cantons (RPT) des prestations collectives et des mesures de formation scolaire spéciale, en 2008, ainsi que l'entrée en vigueur de la 5^e révision de l'AI, en 2008 également, qui expliquent cette baisse significative des dépenses.

La part des dépenses de l'AC dans l'ensemble de celles des assurances sociales a oscillé entre 3,3 % et 4,9 % au cours de la période de 2008 à 2013. Elle a atteint son maximum en 2010, à la suite de la crise économique de 2009/2010. Elle a été de 3,6 % en 2012 et de 3,9 % en 2013.

Les PC à l'AVS et à l'AI représentaient au total 3,0 % des dépenses en 2013, tout comme en 2008.

Les APG, dont la part est la moins élevée sur toute la période considérée, représentaient 1,1 % des dépenses en 2013, après avoir été de 1,2 % en 2011.

En résumé, ce sont avant tout la PP et l'AMal qui ont contribué plus que la moyenne à la progression des dépenses de sécurité sociale entre 2008

Survol général, perspectives et principaux développements

et 2013 selon le CGAS, tandis que l'AI et l'AVS (ainsi que l'AA et les APG) y ont contribué moins que la moyenne. Les dépenses des PC et des AF ont, quant à elles, augmenté autant que la moyenne. Depuis 2008, c'est l'AI dont l'importance relative s'est le plus modifiée : sa part a baissé de près d'un tiers. Le budget de l'AC reflète l'évolution des risques liés à l'emploi. Ce risque est différent de ceux couverts par les autres assurances sociales. Le nombre des personnes au chômage a augmenté entre la fin du 1^{er} semestre 2011 et la fin du 1^{er} semestre 2013 (données corrigées des variations saisonnières). Depuis lors, il stagne.

La 4^e révision de la loi fédérale sur l'assurance-chômage (LACI), entrée en vigueur le 1^{er} avril 2011, a permis de rétablir l'équilibre financier, de réduire l'endettement et d'améliorer sensiblement la stabilité de l'assurance à long terme. Elle prévoyait, d'une part, des recettes supplémentaires et, d'autre part, des économies. Les recettes supplémentaires sont générées par le relèvement, au 1^{er} janvier 2011, du taux de cotisation AC de 2 % à 2,2 % sur le salaire annuel déterminant jusqu'à 126 000 francs. Pour la réduction de la dette, un pour-cent de solidarité est prélevé, depuis le 1^{er} janvier 2011 également, sur les tranches de salaires comprises entre 126 000 (montant maximal du gain assuré) et 315 000 francs (deux fois et demie ce montant). Le pour-cent de

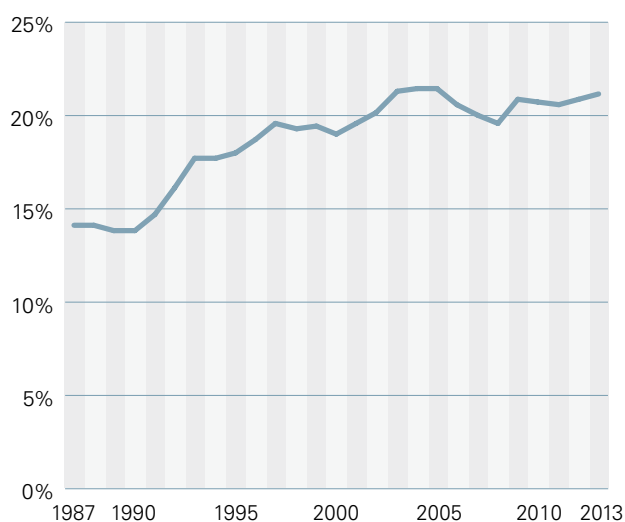
solidarité a été déplafonné au 1^{er} janvier 2014 et sera prélevé tant que le capital propre du fonds de compensation n'aura pas atteint au moins 0,5 milliard de francs, sous déduction des fonds de roulement nécessaires à l'exploitation. En 2014, les recettes se sont montées à 7,3 milliards et les dépenses à 6,5 milliards de francs. Par rapport à l'année précédente, les recettes ont augmenté de 2,6 %, alors que les dépenses ont stagné. Le compte de résultat affiche 0,7 milliard de francs. L'AC a ainsi pu réduire ses dettes, et son capital propre était de -2,1 milliards de francs fin 2014.

L'**aide sociale**, avec ses prestations de droit public octroyées sous condition de ressources, touche de près le domaine des assurances sociales. Avec un taux d'aide sociale s'élevant en 2013 à 3,2 % de la population résidente de Suisse, elle joue un rôle important parmi les instruments de politique sociale. En 2013, elle a soutenu principalement des familles monoparentales (dont 18,8 % sont des bénéficiaires). Par rapport au compte global des assurances sociales 2012 (dernière année disponible), elle représenterait, avec 2,4 milliards de francs de dépenses, 1,6 % des dépenses de sécurité sociale (qui atteignaient 144,7 milliards de francs). Les dépenses d'aide sociale ont augmenté en moyenne de 4,9 % entre 2007 et 2012.

Le taux des prestations sociales, indicateur des prestations des assurances sociales

Le taux des prestations sociales répond à la question suivante : à quelle part de la production économique globale pourraient prétendre les bénéficiaires de prestations des assurances sociales ? En tant qu'**indicateur** du rapport entre assurances sociales et économie, il fournit des informations utiles, notamment sur l'**évolution** de l'Etat social.

Taux des prestations sociales, de 1987 à 2013



Source : CGAS de l'OFAS, SAS 2015

Le taux des prestations sociales – dont le calcul se base sur le compte global des assurances sociales (CGAS) – met les opérations de répartition des assurances sociales en relation avec la production économique du pays (en d'autres termes, il exprime le total des prestations sociales en pourcentage du PIB). La perspective des assurances sociales et celle de l'économie sont ainsi mises en regard par les chiffres. Cela dit, comme les finances des assurances sociales ne font pas partie de la production économique, ce taux n'en est pas un au sens strict. Dans le cadre de ses Comptes nationaux, l'OFS a publié au second semestre 2014 les chiffres révisés concernant le PIB. Le niveau des taux s'en est trouvé légèrement modifié, mais leur évolution n'a pas changé notablement.

Le taux des prestations sociales est passé de 13,3 % en 1987 à 20,1 % en 2013 (hausse de 6,8 points). Le passage de 19,8 à 20,1 % en 2013 résulte du fait que la croissance du PIB est restée inférieure à celle des assurances sociales : pour que le taux des prestations sociales reste à 19,8 %, il aurait fallu que leur augmentation corresponde à la croissance nominale du PIB, soit 1,7 % ; mais elle a été en fait de 3,4 %. La part de création de valeur économique absorbée par les prestations sociales a ainsi augmenté un peu ; indicateur de ce rapport, le taux des prestations sociales est en légère hausse. En 2008 comme en 1997, il était de 18,5 % ; entre-temps (2004), il avait atteint 20,4 %. En 2009, il a brusquement augmenté pour s'inscrire à **19,8 %**. Ce bond est dû à une diminution du PIB de 1,7 % qui a coïncidé avec une hausse des prestations sociales de 5,1 %. Le taux a ensuite **reculé de 0,2 point** en 2010, passant à **19,6 %**, grâce à une progression de 3,3 % du PIB. En 2011, il a de nouveau **perdu 0,1 point** pour s'établir à **19,5 %** sur fond de hausse toujours marquée du PIB (+2,0 %). **Avec des taux d'accroissement de respectivement 2,2 % et 1,3 %, les prestations sociales ont connu en 2010 et 2011 une augmentation plus faible que celle du PIB.** A 20,1 %, le taux se situe donc pour l'instant à un niveau qu'il avait déjà atteint de 2003 à 2005 ainsi qu'en 2009.

La contribution la plus importante à la croissance des prestations sociales depuis 1987, en chiffres absolus, est celle de la PP, en phase de constitution. Viennent ensuite, en deuxième position, les prestations de l'AVS, puis celles de la LAMal, dont l'impact est beaucoup moins important. Au fil des décennies, le taux des prestations sociales reflète, d'une part, la mise en place et le développement des assurances sociales et, de l'autre, l'évolution de l'économie.

Survol général, perspectives et principaux développements

Contributions de la Confédération à l'AVS, à l'AI et aux PC

La Confédération assume une part importante des dépenses de l'AVS, de l'AI et des PC. Elle a pu couvrir 23 % (3,0 milliards de francs) de sa contribution par des recettes à affectation fixe.

Le tableau ci-dessous donne une vue d'ensemble de la contribution de la Confédération au financement de l'AVS, de l'AI et des PC, ainsi que des recettes affectées.

Contributions de la Confédération à l'AVS, à l'AI et aux PC en 2014, en millions de francs

	2014	Variation 2014/2013
Contributions de la Confédération¹		
à l'AVS	7'989	2,2%
à l'AI		
Contribution ordinaire	3'576	1,9%
Contribution supplémentaire aux intérêts de l'AI	172	-4,1%
aux PC	1'398	3,9%
Total	13'135	2,2%
dont produit de l'imposition à affectation liée, destiné à couvrir en partie les contributions fédérales pour l'AVS, l'AI et les PC		
Tabac	2'257	-1,7%
Alcool ²	230	-2,7%
Part de la TVA	476	0,2%
Total	2'963	-1,4%

1 Contributions dues en vertu du compte final des assurances sociales, avril 2014

2 Selon le compte d'Etat

Stratégie dans le domaine de la sécurité sociale

Importance d'une stratégie

Notre système d'assurances sociales revêt une importance primordiale, indissociable de la conception d'une Suisse moderne. Il constitue la base de la cohésion sociale et donne à notre pays un avantage concurrentiel sur le plan économique ; il représente plus du tiers des dépenses de la Confédération.

Les changements sociaux, économiques et démographiques posent à notre système de sécurité sociale des défis importants et génèrent des problèmes auxquels il faut trouver des solutions adéquates et susceptibles de rallier une majorité. Pour y parvenir, une vision stratégique large, approfondie et cohérente s'impose.

Les rubriques « Réformes » et « Perspectives » de chacune des assurances sociales présentées dans ce rapport donnent quelques pistes à ce sujet. Le présent chapitre vise plus spécifiquement à évoquer les défis les plus pressants qui se posent à notre système d'assurances sociales et à donner un aperçu des objectifs et des orientations stratégiques qui infléchiront la direction des travaux et des réformes prévus dans nos assurances sociales à moyen et à plus long terme.

Objectifs stratégiques

Société, économie et politique : contexte et tendances

Avant d'entrer dans des considérations stratégiques, il est important de saisir le contexte général qui influence le domaine des assurances sociales dans son ensemble. Ces dernières décennies, notre société a connu des changements substantiels, lourds de conséquences non seulement pour le présent, mais aussi et surtout pour l'avenir de nos assurances sociales. Citons tout d'abord le vieillissement démographique, qui devrait se poursuivre et même s'accélérer jusqu'en 2060. Par ailleurs, la société se caractérise par une diversité de plus en plus marquée, qui se manifeste par la variété des modes de vie des individus et l'instabilité de la cellule familiale. Sur le plan politique, on observe une polarisation de plus en plus marquée, avec l'apparition d'alliances « contre nature » qui rendent difficile la recherche de solutions susceptibles de rallier une majorité. Enfin, on rencontre de plus en plus fréquemment au sein de la population l'idée selon laquelle le statut social des individus découlerait de décisions personnelles et serait en quelque sorte mérité.

Les assurances sociales dépendent également de facteurs économiques structurels et conjoncturels. Là aussi, quelques tendances se dessinent. Premièrement, on observe que les personnes non qualifiées sont davantage exposées au chômage, et ce indépendamment de la fluctuation conjoncturelle du taux de chômage. Deuxièmement, on relève un caractère cyclique de plus en plus marqué du développement économique.

Conséquences pour les assurances sociales

Concrètement, ces évolutions déploient des effets importants sur notre système de sécurité sociale :

- Le vieillissement démographique pèse de plus en plus sur la prévoyance vieillesse et sur notre système de santé.

Stratégie dans le domaine de la sécurité sociale

- Les revendications liées à la reconnaissance et à l'égalité de traitement des modes de vie individuels, ainsi que l'instabilité de la cellule familiale, risquent d'accroître le besoin de protection sociale (ménages monoparentaux menacés par la pauvreté, absence d'un partenaire ou d'enfants adultes pour fournir des soins à des parents âgés, par exemple).
- Le rôle croissant attribué au mérite dans le statut social remet en cause la légitimité des prestations sociales accordées à certains groupes ou répondant à certains besoins.
- La protection contre le chômage se révèle insuffisante dans le contexte de la mutation structurelle et de l'évolution cyclique du marché du travail.
- Enfin, le contexte politique n'est pas favorable à la recherche de consensus dans l'élaboration de réformes.

Objectifs stratégiques

Les défis qui nous sont ainsi posés appellent le choix de quelques grands axes stratégiques à moyen et à long terme, pour pouvoir continuer de garantir certains droits fondamentaux et de réaliser les objectifs sociaux de la Constitution¹ :

- respect de la dignité humaine ;
- renforcement de la solidarité et de la cohésion sociale² ;
- pérennisation des assurances sociales³ ;
- encouragement de l'intégration et de la participation à la vie économique et sociale ;
- facilitation de l'épanouissement au niveau de l'individu et de la société.

Les pages qui suivent présentent la réflexion stratégique menée dans les différents domaines de la sécurité sociale.

Défis à court terme : l'exemple des taux bas

Le Conseil fédéral veille à axer le pilotage des assurances sociales sur une vision stratégique à long terme. Des problèmes inattendus surgissent cependant à plus court terme. Ils exigent des actions rapides et immédiates de la part du Conseil fédéral pour corriger certaines orientations ou modes d'application des instruments existants.

La Banque nationale suisse a annoncé le 15 janvier 2015 un changement de sa politique monétaire : l'abandon du taux plancher de 1 fr. 20 pour 1 euro, qui avait pour but de protéger l'économie suisse d'une monnaie trop forte. Le 15 avril 2015, le Conseil fédéral a mené une discussion sur la décision de la Banque nationale et les conséquences de cette décision. Il a procédé à une analyse approfondie de la situation et a notamment examiné l'impact des taux bas ou négatifs sur les banques, les assurances et les caisses de prévoyance.

Depuis l'abandon du cours plancher de l'euro, la politique des taux d'intérêt négatifs constitue aujourd'hui le principal instrument de politique monétaire de la Banque nationale. Les taux bas permettent de maintenir une différence d'intérêt par rapport à l'euro pour les échéances brèves. Le but est de réduire l'attractivité du franc suisse par rapport à l'euro mais aussi par rapport à d'autres monnaies, afin de contrer la tendance durable à la surévaluation.

D'une manière générale, la persistance de taux bas représente un défi majeur pour les institutions de prévoyance, et les intérêts négatifs aggravent encore la situation. Les institutions de prévoyance doivent soit prendre plus de risques afin d'obtenir tout de même des rendements positifs (par ex. dans le domaine des créances et des obligations), soit composer avec des intérêts négatifs. Combinés

¹ Art. 41 Cst.

² « Objectifs 2015 du Conseil fédéral », objectif 17 : « La cohésion sociale est renforcée et les valeurs communes promues ».

³ « Objectifs 2015 du Conseil fédéral », objectif 19 : « Le financement des assurances sociales est consolidé et assuré à long terme ».

aux effets directs de la rémunération négative des liquidités nécessaires pour le versement des rentes, les risques plus élevés peuvent, à moyen ou à long terme, engendrer des pertes supplémentaires. Le Conseil fédéral est d'avis que la situation présente accroît encore l'urgence de mettre en œuvre la réforme Prévoyance vieillesse 2020. Il va aussi réexaminer en 2015 le taux d'intérêt minimal dans la prévoyance professionnelle et l'adapter au besoin. Il propose en outre d'accepter le postulat 15.3091 Bischof et se déclare prêt à analyser les conséquences des intérêts négatifs.

Prévoyance vieillesse

Situation et défis

L'évolution économique et démographique place le système suisse de prévoyance vieillesse face à des défis qui exigent des solutions à moyen et à long terme. Le problème principal est celui du financement. En effet, l'écart entre actifs et retraités se creuse à cause de la baisse du taux de natalité et de l'augmentation de l'espérance de vie. Cette dernière pèse sur la prévoyance professionnelle, tout comme le bas niveau des rendements moyens des capitaux.

Plusieurs tentatives de réforme partielle du 1^{er} et du 2^e piliers ont échoué ces dernières années devant le peuple. Il n'en reste pas moins que notre système de prévoyance vieillesse doit impérativement être réformé. Au vu des perspectives financières actuelles de l'AVS, il faudrait que la réforme de la prévoyance vieillesse produise ses effets à partir de 2020 au plus tard. Un nouvel échec empêcherait d'agir à temps pour soutenir la stabilité financière des 1^{er} et 2^e piliers et compromettrait la mise en place de mesures transitoires visant à estomper les effets des changements prévus.

Objectifs

Par son projet de réforme « Prévoyance vieillesse 2020 », le Conseil fédéral vise plusieurs objectifs :

- maintenir le niveau des prestations du 1^{er} pilier et de la partie obligatoire du 2^e pilier ;
- consolider l'équilibre financier des 1^{er} et 2^e piliers ;
- renforcer la transparence et la surveillance dans la prévoyance professionnelle ;
- adapter les prestations et les cotisations à l'évolution de la société.

Stratégie et mesures

Après analyse des échecs répétés des tentatives de réforme partielle, le Conseil fédéral est convaincu que la seule stratégie prometteuse consiste en une réforme globale des deux piliers de notre prévoyance vieillesse. Une telle approche offre aux citoyens une vision d'ensemble qui leur permet d'évaluer en toute transparence et en toute confiance les conséquences concrètes de la réforme sur leur propre retraite. Elle permet en outre un équilibre entre le maintien des prestations, les mesures de compensation et la consolidation financière des 1^{er} et 2^e piliers. Cette approche globale a bénéficié d'un large soutien lors de la procédure de consultation qui a eu lieu du 20 novembre 2013 au 31 mars 2014.

Le projet de réforme prévoit principalement les mesures suivantes :

- harmonisation de l'âge de référence de la retraite à 65 ans pour les femmes et les hommes, dans le 1^{er} et le 2^e piliers ;
- aménagement souple et individuel du passage à la retraite ;
- adaptation du taux de conversion minimal dans la prévoyance professionnelle obligatoire à l'évolution de l'espérance de vie et des rendements des capitaux ;

Stratégie dans le domaine de la sécurité sociale

- maintien du niveau des prestations dans la prévoyance professionnelle : la déduction de coordination sera supprimée et les bonifications de vieillesse seront adaptées de sorte que les rentes de la prévoyance professionnelle obligatoire ne diminueront pas malgré l'adaptation du taux de conversion ; le Fonds de garantie aidera les assurés relativement âgés à constituer leur capital. En outre, le taux des bonifications de vieillesse sera le même pour tous les assurés à partir de 45 ans, afin de renforcer leur position sur le marché du travail ;
- amélioration de la répartition des excédents, de la surveillance et de la transparence dans les affaires relevant du 2^e pilier ;
- adaptation des prestations de survivants ;
- égalité de traitement entre indépendants et salariés dans l'AVS ;
- amélioration de l'accès au 2^e pilier pour les personnes à faible revenu ou ayant plusieurs emplois à temps partiel (en majorité des femmes) ;
- financement additionnel en faveur de l'AVS par le biais d'un relèvement proportionnel de la TVA de 1,5 point au maximum ;
- garantie de liquidités suffisantes pour l'AVS grâce à un mécanisme d'intervention permettant de prendre à temps des mesures garantissant l'équilibre financier de l'AVS ;
- simplification des flux financiers entre la Confédération et l'AVS.

Le Conseil fédéral a adopté le message relatif à la réforme Prévoyance vieillesse 2020 et l'a transmis au Parlement le 19 novembre 2014.

Assurance-invalidité

Situation et défis

L'AI a fait l'objet de diverses révisions ces dernières années. La 5^e révision, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2008, a opéré un véritable changement de culture en favorisant le passage à une assurance de réadaptation. La révision 6a, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012, vise notamment la réadaptation des bénéficiaires de rente. Sur les deux premières années, les résultats obtenus ont été inférieurs aux attentes ; mais, sous l'effet des réformes précédentes, l'effectif des rentes a diminué davantage que prévu. Le 19 juin 2013, le Conseil national a classé la révision 6b. Le désendettement de l'AI se poursuit néanmoins et, selon les projections actuelles, il s'achèvera en 2030. L'AI doit cependant faire face à plusieurs défis :

- le marché attache de plus en plus d'importance à la productivité des travailleurs ;
- le nombre de nouvelles rentes octroyées en raison de troubles psychiques diminue moins que le nombre total de nouvelles rentes ;
- la proportion des jeunes adultes par rapport à la totalité des bénéficiaires de rente augmente ;
- la coordination entre l'AI et les autres acteurs est complexe.

Objectifs et mesures

Au vu de ces défis, les objectifs suivants se dessinent :

- **Intégration et participation** : l'AI vise en priorité la réadaptation, l'autonomie et la responsabilisation de ses assurés. Les prestations de l'AI ont pour objectif premier de maintenir la capacité de gain, afin de permettre la participation à la vie économique. Lorsque cela n'est pas possible, elles doivent non seulement couvrir les besoins vitaux, mais aussi permettre de participer à la vie sociale. L'AI contribue à ce que les personnes en situation de handicap puissent continuer de vivre dans leur cadre habituel.

- **Solidarité et cohésion sociale** : lorsque ses assurés ne peuvent être réinsérés sur le marché de l'emploi, l'AI sert, notamment sous forme de rentes, les prestations couvrant leurs besoins vitaux. Ses prestations atteignent tous les groupes de population qui en ont besoin. Celui qui fait valoir son droit aux prestations de l'AI doit prouver la limitation de sa capacité de gain et a l'obligation de réduire le dommage.
- **Dignité humaine** : les procédures de l'AI sont correctes et équitables, renforçant ainsi la confiance accordée à l'AI.
- **Pérénnisation** : le financement de l'AI est assuré même après la période de financement additionnel, grâce à des comptes équilibrés. Cela permet de garantir le désendettement de l'AI et d'affronter les défis futurs en conformité avec les dispositions constitutionnelles. Se fondant sur sa propre analyse, sur l'évaluation des réformes accomplies à ce jour ainsi que sur diverses interventions parlementaires, le Conseil fédéral poursuit l'optimisation de l'AI. Il a fait un premier pas en ce sens en décidant, le 19 septembre 2014, une adaptation du RAI au 1^{er} janvier 2015. Celle-ci comprend notamment un assouplissement des conditions de prolongation des mesures de réinsertion, un renforcement du conseil à l'intention des employeurs et des spécialistes du domaine de l'éducation et de la formation, ainsi qu'une mise à jour des règles concernant les subventions aux organisations de l'aide privée aux invalides. Le 25 février 2015, le Conseil fédéral a adopté les lignes directrices du développement de l'AI. Cette révision de loi regroupera diverses mesures pour les groupes cibles suivants :
 - enfants ;
 - enfants, adolescents et jeunes adultes atteints de maladies psychiques ;
 - assurés présentant des troubles psychiques.
 Elle prévoit en outre une meilleure coordination des acteurs impliqués. Le Conseil fédéral a chargé le DFI de lui soumettre à l'automne 2015 un projet à mettre en consultation.

Prestations complémentaires

Situation et défis

Les PC gagnent en importance sur le plan politique. Ces trois dernières années, plus d'une douzaine d'interventions parlementaires ont été déposées à leur propos, abordant notamment la forte augmentation des coûts et du nombre de bénéficiaires, le montant des loyers pris en compte dans le calcul des PC, ainsi que la prise en compte des primes d'assurance-maladie. En réponse à une partie de ces interventions, le Conseil fédéral a adopté le 20 novembre 2013 le rapport « Prestations complémentaires à l'AVS/AI : Accroissement des coûts et besoins de réforme », qui présente des possibilités d'amélioration de différents éléments du système des PC. Ce rapport a amené le Conseil fédéral à adopter, dans une note de discussion du 25 juin 2014, une première série de décisions de principe en vue d'une réforme des PC.

Objectifs et mesures

Les PC servent à garantir le minimum vital des personnes qui ne peuvent plus subvenir à leurs besoins par leurs propres moyens suite à la réalisation d'un risque assuré dans le 1^{er} pilier, et elles doivent continuer à l'avenir de remplir cette mission première sans restriction. Mais pour préserver le large soutien dont bénéficie le système des PC, les prestations doivent être ajustées en permanence aux besoins actuels et être finançables à long terme pour la Confédération et les cantons. A cette fin, le Conseil fédéral propose dans sa note de discussion du 25 juin 2014 un projet de réforme axé sur les priorités suivantes :

- **Maintien du niveau des prestations** : la garantie du minimum vital en tant que tâche du 1^{er} pilier a été inscrite dans la Constitution en 1972, en même temps que le principe des trois piliers. On n'entendait par là non seulement le minimum vital biologique, mais aussi un minimum

Stratégie dans le domaine de la sécurité sociale

vital social, assurant aux assurés « un genre de vie simple, mais tout de même digne d'un être humain »⁴. Pour respecter ce mandat constitutionnel, la réforme entend préserver le minimum vital tel qu'il est défini dans le droit des PC, afin aussi d'éviter un transfert vers l'aide sociale qui se traduirait par une charge supplémentaire pour les cantons.

- **Emploi de la fortune propre à des fins de prévoyance** : les PC doivent bénéficier de façon ciblée à des personnes qui, sans ce soutien, n'auraient pas même le minimum vital. Pour atteindre mieux encore cet objectif à l'avenir, il importe de prendre davantage en compte la fortune propre des personnes dans le calcul des PC. A cette fin, l'on vise entre autres une baisse du montant des franchises sur la fortune nette. Enfin, pour garantir que les avoirs de vieillesse du 2^e pilier servent effectivement à des fins de prévoyance, il est prévu de limiter les possibilités de les percevoir sous forme de capital.
- **Réduction des effets de seuil** : l'entrée dans le système des PC et la sortie de ce système entraînent très souvent un changement du revenu disponible (effets de seuil). Dans les cas où la fin du droit à des PC se traduit par une forte détérioration de la situation financière, il peut en résulter une incitation indésirable à rester dans le système des PC. L'objectif est donc de réduire ces effets de seuil. L'on entend y parvenir, notamment, par une modification des prescriptions de prise en compte des revenus d'activité lucrative et par une adaptation du montant minimal des PC.

Sur la base de ces décisions de principe, le Conseil fédéral entend lancer une consultation sur un projet de réforme des PC en 2015 encore. Le 17 décembre 2014, il a déjà soumis au Parlement un message relatif à une modification de la LPC touchant les montants maximaux pris en compte au titre du loyer (cf. « Survol par branches » → « PC » → « Réformes »).

Assurance-maladie

La stratégie globale **Santé2020**⁵ fixe les priorités de la politique sanitaire suisse pour les prochaines années. Le rapport à ce sujet, approuvé le 23 janvier 2013 par le Conseil fédéral, comprend 36 mesures, réparties en quatre domaines d'action, qui sont mises en œuvre progressivement. Ces mesures se fondent sur douze objectifs et permettent d'aménager de manière optimale le système de santé fiable de la Suisse, en fonction des défis actuels et à venir.

Le Conseil fédéral a fixé pour 2014 douze priorités, dont trois qui relèvent du domaine de l'assurance-maladie et qui ont pu être mises en œuvre. Il s'agit des éléments suivants : adoption de l'avant-projet de loi fédérale sur le centre pour la qualité dans l'assurance obligatoire des soins et lancement de la procédure de consultation ; adoption de la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie en vue d'un meilleur pilotage du secteur ambulatoire, du contrôle des coûts et de l'assurance qualité, et lancement de la procédure de consultation ; enfin, adoption de l'ordonnance sur l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie en lien avec la compétence subsidiaire du Conseil fédéral.

⁴ Cf. Message du Conseil fédéral à l'Assemblée fédérale du 10 novembre 1971 à l'appui d'un projet portant révision de la constitution dans le domaine de la prévoyance vieillesse, survivants et invalidité et rapport sur l'initiative populaire pour une véritable retraite populaire, FF 1971 II 1609, 1628.

⁵ Santé2020 comprend des pistes de réforme qui vont au-delà du domaine de l'assurance-maladie (voir www.sante2020.ch).

Dans le domaine de l'assurance-maladie, Santé2020 met pour 2015 l'accent sur les thèmes suivants :

Domaine d'action n° 1 : garantir la qualité de vie

Les travaux relatifs aux soins de longue durée (en réponse au postulat 12.3604 Fehr) ont démarré en 2014. Le rapport sera soumis au Conseil fédéral au cours du 2^e semestre 2015. Etant donné que les cantons jouent un rôle clé dans la concrétisation de ce dossier, la Confédération et les cantons ont discuté des enjeux que les soins de longue durée représentent et de la manière d'y trouver une solution commune. Cette collaboration concernerait surtout les questions relatives au financement, au recrutement du personnel soignant, au soutien apporté aux proches, ainsi qu'à la qualité.

Le concept national « Maladies rares » a quant à lui pour objectif d'améliorer les soins médicaux fournis aux patients atteints de maladies rares. Le Conseil fédéral l'a adopté le 15 octobre 2014. Le DFI a établi, avec la participation des cantons et d'autres acteurs principaux, un plan de mise en œuvre de ce concept. Celui-ci prévoit de réaliser les 19 mesures définies dans le concept d'ici fin 2017, dans le cadre de quatre projets. Le Conseil fédéral a adopté ce plan le 13 mai 2015.

Domaine d'action n° 2 : renforcer l'égalité des chances et la responsabilité individuelle

Afin que la concurrence dans le domaine de la santé se concentre à nouveau davantage sur la qualité des prestations, le Parlement a adopté, le 21 mars 2014, une modification de la LAMal qui comprend notamment une amélioration de la compensation des risques. Celle-ci est désormais inscrite dans la loi, et le Conseil fédéral aura la compétence d'affiner le dispositif en y intégrant des indicateurs supplémentaires.

Le 30 avril 2014, le Conseil fédéral a décidé de poursuivre les travaux en vue d'une adaptation du système de fixation du prix des médicaments à partir de 2015, avec les objectifs suivants : gain d'efficacité par une simplification des processus, amélioration de la qualité dans l'évaluation du rapport coût-bénéfice, transparence dans les décisions et stabilisation de la croissance des coûts sans mise en danger de la place pharmaceutique suisse. La révision des ordonnances en vue d'adapter le système de fixation des prix a été préparée en 2014 et les ordonnances ont été soumises au Conseil fédéral au printemps 2015.

Dans le cadre du masterplan « Médecine de famille et médecine de base », le chef du DFI a décidé de relever la rémunération de 33 analyses rapides, en raison de la célérité avec laquelle leurs résultats sont disponibles, à partir du 1^{er} janvier 2015. Il s'agit là d'analyses effectuées au laboratoire du cabinet médical dans le cadre du diagnostic en présence du patient. Leurs résultats permettent au médecin de prendre des décisions tant diagnostiques que thérapeutiques déjà pendant la consultation. Les autres mesures touchant la liste des analyses sont commentées à la p. 53.

Domaine d'action n° 3 : garantir et renforcer la qualité

Pour que la stratégie en matière de qualité adoptée par le Conseil fédéral puisse être mise en œuvre de façon efficace et durable, il est nécessaire de créer ou adapter les bases légales pour la mise en place et le financement de structures nationales appropriées. La consultation relative au projet de loi fédérale sur le centre pour la qualité dans l'assurance obligatoire des soins s'est achevée en septembre 2014. Ses résultats montrent que, si la Confédération doit jouer un rôle moteur plus poussé dans la garantie de la qualité, elle ne doit cependant pas

Stratégie dans le domaine de la sécurité sociale

centraliser ces activités dans un centre pour la qualité. Il en ressort également que, pour garantir l'indépendance des travaux, la partie consacrée au renforcement de l'évaluation des technologies médicales (Health Technology Assessment, HTA) ne doit pas être traitée de la même manière que la stratégie en matière de qualité. Les principaux acteurs ont été invités à une table ronde en décembre 2014 afin d'examiner les alternatives possibles à un centre pour la qualité.

Domaine d'action n° 4 : garantir la transparence, améliorer le pilotage et la coordination

L'OFSP, l'OFS et l'Obsan travaillent à divers projets dont le but est de fournir à la politique suisse de la santé des informations parlantes et scientifiquement fondées sur lesquelles baser l'appréciation de l'état de la santé de la population, des comportements en matière de santé et des déterminants de la santé, mais aussi le choix et la planification des mesures politiques à prendre ainsi que l'évaluation de leur efficacité. Des pas décisifs seront faits en ce sens en 2015, notamment en ce qui concerne les projets MARS (statistique dans le domaine ambulatoire) et BAGSAN (statistiques relatives aux assurés).

Toujours dans l'optique de l'objectif assigné à ce domaine, le Conseil fédéral a soumis en 2012 au Parlement son projet de loi fédérale sur la surveillance de l'assurance-maladie (LSAMal), qui vise à mieux protéger les assurés, à éviter que les assureurs ne deviennent insolvables et à garantir que les primes correspondent aux coûts. Adoptée par le Parlement en vote final le 26 septembre 2014, la LSAMal entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2016. Les ordonnances afférentes ont été élaborées et ont fait l'objet d'une audition le 1^{er} avril 2015.

Dans le cadre du masterplan « Médecine de famille et médecine de base », le DFI a invité les partenaires tarifaires à présenter des propositions per-

mettant d'améliorer la situation financière des médecins de premier recours à hauteur de 200 millions de francs moyennant un rééquilibrage de la structure tarifaire TARMED qui soit neutre en termes de coûts. Les partenaires tarifaires n'ayant soumis aucune proposition dans le délai imparti par le DFI ni au terme de la prolongation de délai accordée, le Conseil fédéral a fait usage de sa compétence subsidiaire et a édicté l'ordonnance sur l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie, qui est entrée en vigueur le 1^{er} octobre 2014. Un monitoring devra ensuite être établi pour vérifier si les objectifs visés par l'adaptation décidée ont été atteints. Des travaux relatifs à une révision totale de TARMED sont en cours auprès d'une partie des partenaires tarifaires. Le Conseil fédéral, en sa qualité d'autorité d'approbation compétente, s'est penché le 8 mai 2015 sur les conditions générales d'approbation d'une structure tarifaire TARMED révisée et a chargé ensuite le DFI de communiquer ces conditions aux partenaires tarifaires.

Une autre possibilité d'améliorer le pilotage réside dans la solution trouvée pour prendre le relais de la limitation temporaire des admissions pour les médecins, qui est entrée en vigueur au milieu de 2013 après des débats parlementaires intenses. Cette solution ne doit pas aboutir simplement à une limitation, mais répondre autant aux problèmes de pléthore que de pénurie. La solution proposée sur la base des discussions menées lors de deux tables rondes avec les partenaires concernés accorde aux autorités cantonales la possibilité de prendre des mesures de pilotage de l'offre ambulatoire afin de garantir des soins de qualité. Le Conseil fédéral a adopté le message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (Pilotage du domaine ambulatoire) et l'a soumis au Parlement le 18 février 2015.

Assurance-chômage

Dans le domaine couvert par la loi sur l'assurance-chômage et la loi sur le service de l'emploi et la location de services, les principaux objectifs et orientations stratégiques pour les prochaines années sont les suivants :

- L'assurance-chômage (AC) doit préserver le principe de subsidiarité ; l'encouragement de l'initiative personnelle au moyen de l'activation de tous les demandeurs d'emploi doit encore être renforcé. Les ressources de l'AC pour le conseil, le placement et l'encouragement des demandeurs d'emploi doivent surtout être mises à profit pour soutenir ceux qui, malgré leurs initiatives personnelles et les prestations du placement privé, ne parviennent pas à (ré)intégrer rapidement et durablement le marché du travail. Les prestations des services de placement publics devront être davantage adaptées aux besoins des groupes cibles.
- L'AC doit augmenter ces prochaines années la transparence du marché du travail en veillant à ce que les demandeurs d'emploi et les employeurs aient accès à tout moment à une information complète et de qualité.
- Il convient de maintenir le principe d'une exécution décentralisée de la loi fédérale sur l'assurance-chômage (LACI) et d'un pilotage des organes d'exécution axé sur les résultats. A compter de 2015, la nouvelle convention conclue avec les cantons élargit les objectifs et permet de disposer d'indicateurs de résultats complémentaires. Une analyse des différences intercantionales dans les conditions de base et la pratique d'exécution, ainsi que des différences d'efficacité entre les pratiques cantonales, fournira d'autres résultats en vue d'optimiser le système d'exécution.
- Enfin, la collaboration avec d'autres assurances sociales et avec l'aide sociale sera optimisée dans le cadre de la collaboration interinstitutionnelle (CII).

Prévention et lutte contre la pauvreté

La pauvreté est, aujourd'hui encore, une réalité en Suisse. Le Conseil fédéral poursuit une stratégie qui vise à la combattre principalement par des mesures préventives appropriées. C'est pourquoi il a décidé, en 2013, de lancer un Programme national de prévention et de lutte contre la pauvreté. Celui-ci est mis en œuvre, depuis le début de 2014, par la Confédération, les cantons, les villes et les communes. Les travaux se concentrent sur quatre champs d'action :

- « **Chances de formation des enfants, des jeunes et des adultes** » : pour améliorer les chances de formation des enfants, des jeunes et des adultes défavorisés sur les plans social et culturel, il est indispensable de mettre en place un train de mesures agissant de la petite enfance à l'obtention d'un diplôme de formation professionnelle. Quant aux adultes peu formés, ils doivent également bénéficier d'un soutien pour obtenir un diplôme professionnel.
- « **Intégration sociale et professionnelle** » : des mesures spécifiques sont nécessaires pour que les personnes menacées ou touchées par la pauvreté aient de meilleures chances de trouver un emploi ou du moins d'être socialement intégrées. On examinera par exemple la contribution que peuvent apporter à cet égard les entreprises sociales.
- « **Conditions de vie** » : les thématiques principales sont ici la situation en matière de logement des personnes touchées par la pauvreté, la situation particulière des familles menacées par la pauvreté et l'accès des personnes concernées aux informations importantes.
- « **Mesure de l'efficacité et monitoring** » : un concept de monitoring national de la lutte contre la pauvreté est en cours d'élaboration dans le cadre du programme national. Le programme national, qui s'étend sur cinq ans (de 2014 à 2018), est doté d'un cadre budgétaire de 9 millions de francs.

Stratégie dans le domaine de la sécurité sociale

Affaires internationales

Le domaine de la sécurité sociale comprend également un pan international. Une bonne coordination avec les systèmes de sécurité sociale d'autres Etats revêt une importance particulière pour les assurances sociales suisses, pour les assurés ainsi que pour l'économie de notre pays, indépendamment du volume des flux migratoires.

Objectifs stratégiques

Au plan international, les objectifs sont les suivants :

- défendre les intérêts de la sécurité sociale suisse dans les organisations internationales et vis-à-vis d'autres Etats ;
- sauvegarder le système suisse en limitant les répercussions financières ;
- répondre au besoin des différentes branches économiques en personnel étranger.

Outils et mesures

C'est dans cette optique que la Suisse conclut avec les Etats de l'UE et de l'AELE des accords multilatéraux (l'annexe II de l'Accord sur la libre circulation des personnes [ALCP] avec l'UE et ses Etats membres et l'annexe K de la Convention AELE avec les Etats membres de l'AELE) et des conventions bilatérales avec des pays en dehors de l'UE/AELE. Au niveau européen, les accords multilatéraux visent à éliminer les obstacles à la libre circulation des personnes en matière de sécurité sociale sans pour autant harmoniser les législations nationales de sécurité sociale. Les Etats concernés sont tenus de respecter des règles et des principes communs lorsqu'ils appliquent leurs propres législations : assujettissement à une seule législation nationale, égalité de traitement entre nationaux et étrangers, prise en compte des périodes d'assurance étrangères en vue de l'acquisition d'une prestation, ex-

portation des prestations en espèces et prise en charge des soins de santé fournis à l'étranger. Grâce à la coordination des prestations des assurances sociales en vertu de l'ALCP et de la Convention AELE, les ressortissants suisses ont eux aussi la garantie que le fait d'entreprendre une activité lucrative dans un Etat membre de l'UE ou de l'AELE ne leur fera perdre aucun droit aux prestations de ces assurances. Les prescriptions de coordination ne s'appliquent pas à l'aide sociale. Par ailleurs, le peuple ayant accepté le 9 février 2014 l'initiative populaire « Contre l'immigration de masse », l'art. 121a a fait son entrée dans la Constitution. Le Conseil fédéral traite les conséquences de ce scrutin et s'efforce de trouver des solutions permettant de maintenir une bonne coordination du système suisse de sécurité sociale avec les systèmes des Etats membres de l'UE et de l'AELE.

Pour ce qui est des conventions bilatérales négociées avec d'autres pays, elles sont moins complexes et ne couvrent pas toutes les branches d'assurances sociales. Elles prévoient dans une large mesure l'égalité de traitement entre les ressortissants des Etats contractants, déterminent la législation nationale applicable dans chaque cas d'espèce suivant le principe de l'assujettissement au lieu du travail, garantissent l'exportation de certaines prestations et permettent la prise en compte des périodes d'assurance étrangères en vue de l'acquisition d'une rente. Les conventions récentes contiennent également des dispositions antifraude permettant de mieux contrôler les bénéficiaires de rentes suisses résidant dans l'autre Etat contractant. La Suisse entre aussi en matière lorsqu'il existe un lien avec un accord de libre-échange ou une stratégie de coopération bilatérale. Elle propose alors en premier lieu des accords limités au détachement des travailleurs et au remboursement des cotisations AVS.

Survol par branches

AVS	Assurance-vieillesse et survivants	22
AI	Assurance-invalidité	30
PC	Prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI	38
PP	Prévoyance professionnelle	42
AMal	Assurance-maladie	48
AA	Assurance-accidents	62
AM	Assurance militaire	68
APG	Allocations pour perte de gain	70
AC	Assurance-chômage	74
AF	Allocations familiales	78

AVS Assurance-vieillesse et survivants

Dernières données disponibles : exercice 2014

1 Chiffres clés actuels de l'AVS

Recettes 2014	42'574 mio de fr.
Dépenses 2014	40'866 mio de fr.
Résultat 2014	1'707 mio de fr.
Compte de capital 2014	44'788 mio de fr.

Rente de vieillesse maximale 2015	2'350 fr.
Rente de vieillesse minimale 2015	1'175 fr.
Montant moyen de la rente de vieillesse	1'850 fr.

Bénéficiaires de rentes de vieillesse	2'196'459
Bénéficiaires de rentes de survivants	173'328

Bénéficiaires en Suisse et à l'étranger, en décembre

Rapport de dépendance AVS	1990	26,7 %
	2013	29,5 %
	2030	42,6 %

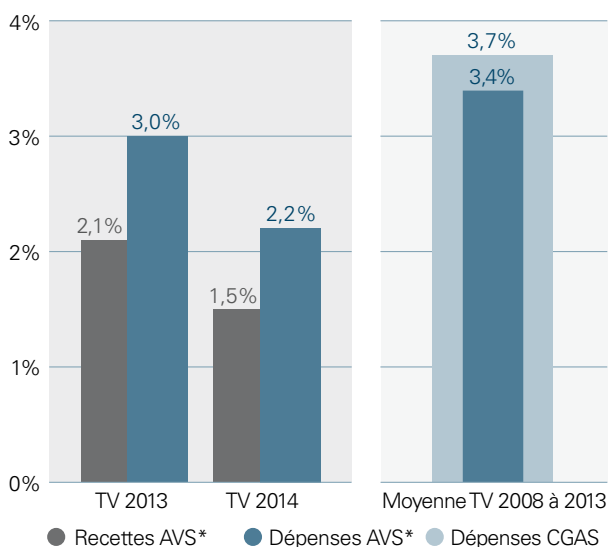
Un rapport de dépendance de 29,5 % signifie qu'il y a environ 30 rentiers pour 100 actifs en 2013.

Les comptes 2014 de l'AVS se soldent par un **résultat d'exploitation** positif de 1,7 milliard de francs (en tenant compte du résultat des placements, qui est de 1,8 milliard de francs). A fin 2014, son capital s'élève à 44,8 milliards de francs.

Le **résultat de répartition** – hors produit courant du capital et gains en Bourse – s'est détérioré, tombant de 14 millions de francs à -320 millions. Il est donc négatif, pour la première fois depuis 1999, si l'on ne considère que les affaires d'assurance (hors résultat des placements).

Evolution récente : Les **dépenses** liées aux rentes ont moins augmenté en 2014 (+2,8 %) qu'en 2013 (+3,4 %), année où les rentes ont été adaptées. Mais l'évolution des **recettes** liées à l'assurance – cotisations des assurés (+1,4 %) et contributions plus élevées des pouvoirs publics (+1,5 %) – a été plus faible et n'a pas suffi à compenser celle des dépenses, ce qui se traduit par un résultat de répartition négatif. Le résultat d'exploitation (y c. résultat des placements) comprend les variations de valeur du capital, qui sont importantes. Il affiche à nouveau en 2014 un net excédent positif, de 1,7 milliard de francs. La troisième perspective comptable (cf. rapport 2013, p. 22), sur laquelle se fonde le CGAS, ne tient compte, au titre des recettes, que du produit courant du capital reposant sur la création de valeur économique (intérêts, dividendes). Selon cette perspective économique, moyenne, le résultat des comptes de l'AVS s'est amenuisé en 2014, passant de 746 à 460 millions de francs.

2 Evolution actuelle de l'AVS : par rapport à celle du CGAS



* Dans le CGAS, les variations de valeur du capital ne font pas partie du compte de fonctionnement.

Actuellement (2013/2014) :

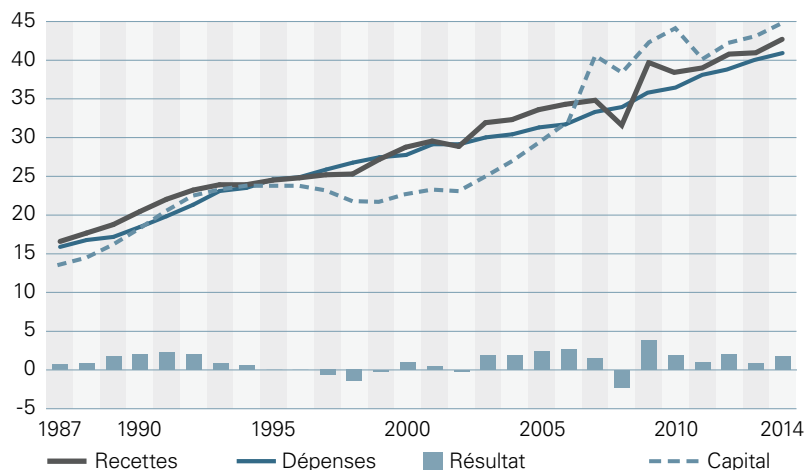
En 2014, les recettes de l'AVS hors gains en Bourse ont moins augmenté (1,5 %) que les dépenses (2,2 %). De ce fait, le résultat des comptes au sens du CGAS est tombé de 746 à 460 millions de francs en 2014.

Passé récent (2008 à 2013, comparaison avec le CGAS):

Sur le front des dépenses, l'importance de l'AVS dans le CGAS a légèrement augmenté au cours des cinq années considérées, bien que les dépenses liées à l'AVS affichent un taux de croissance moyen légèrement inférieur (3,4 %) à celui des dépenses globales (3,7 %). Les taux de croissance moyens des recettes, non représentés, étaient moins proches l'un de l'autre : 2,0 % (AVS) et 2,7 % (CGAS).

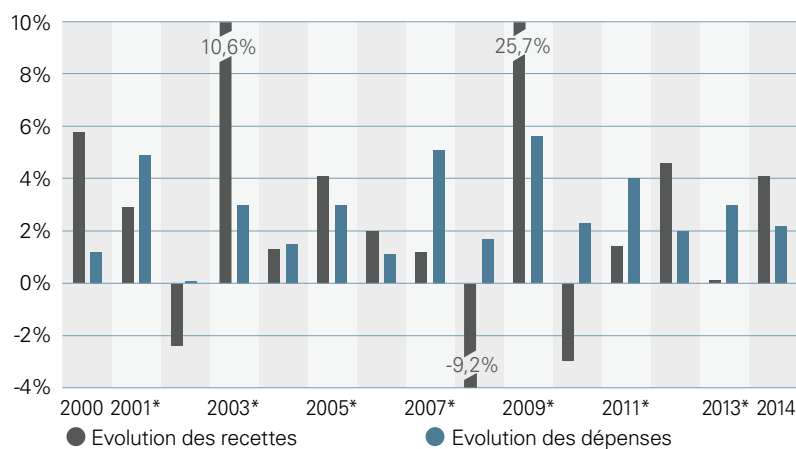
Dernières données disponibles : exercice 2014

3 Recettes, dépenses, résultats et capital de l'AVS, de 1987 à 2014, en milliards de francs



Entre 1987 et 2014, les recettes de l'AVS (y compris les variations de valeur du capital) ont généralement été supérieures aux dépenses, à l'exception d'une période de quatre ans à la fin des années 1990, de 2002 (crise des valeurs technologiques) et surtout de 2008 (crise financière). Après les excédents enregistrés de 2011 à 2014 – respectivement de l'ordre de 1,0, 2,0, 0,9 et 1,7 milliards de francs – et le transfert de 5,0 milliards de francs à l'AI (au début de 2011), le capital de l'AVS s'élève fin 2014 à 44,8 milliards de francs et correspond à 109,6 % des dépenses d'une année (contre 107,8 % l'année précédente).

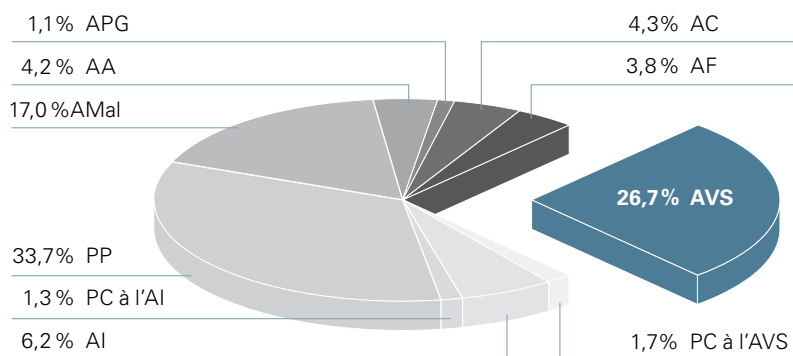
4 Evolution des recettes et des dépenses de l'AVS, de 2000 à 2014



En 2014, les recettes de l'AVS, variations de valeur du capital comprises, ont augmenté davantage que les dépenses. En 2012, autre année sans adaptation des rentes, l'évolution financière avait connu un cours analogue. La raison principale en est dans les deux cas les gains en Bourse : 1,0 milliard de francs de 2012 et 1,2 milliard en 2014.

Les années où les rentes ont été adaptées sont marquées par un astérisque.

5 L'AVS dans le CGAS 2013



Dépenses 2013 : 149,2 mia de fr.

Mesurée à l'aune des dépenses, l'AVS se place, avec 26,7 %, au second rang des assurances sociales.

En 2013, ces dépenses ont été affectées à hauteur de 99,1 % aux rentes, dont 95,4 % aux rentes de vieillesse et 4,6 % aux rentes de survivants.

Source : SAS 2015 (parution automne 2015), OFAS, et www.ofas.admin.ch

AVS Assurance-vieillesse et survivants

Finances

Les **recettes de l'AVS** ont globalement augmenté de 4,1 % en 2014, passant de 40 884 à 42 574 millions de francs. Les recettes de l'assurance au sens propre, c'est-à-dire hors produit des placements et

intérêts sur la dette de l'AI, ont progressé de 1,4 % par rapport à l'année précédente, pour atteindre 40 546 millions de francs.

Compte d'exploitation 2014 de l'AVS, en millions de francs

Postes du compte	Dépenses	Recettes	Variation 2013/2014
Cotisations des assurés et des employeurs		29'942	1,4%
Contribution de la Confédération (19,55 % des dépenses)		7'989	2,2%
Recettes provenant de la TVA		2'323	0,2%
Imposition des maisons de jeu		285	-7,3%
Produit (net) des actions récursives		6	-17,3%
Rentes ordinaires	40'702		2,8%
Rentes extraordinaires	11		-5,9%
Allocations pour impotents	550		0,7%
Créances en restitution de prestations	-850		37,7%
Autres prestations en espèces (y c. transfert de cotisations et remboursement de cotisations à des étrangers)	69		7,6%
Coûts des mesures individuelles	72		8,6%
Subventions aux organisations	114		-0,5%
Frais de gestion	12		14,5%
Frais d'administration (y c. offices AI et administration du Fonds)	185		0,6%
Total des dépenses	40'866		2,2%
Recettes de l'assurance		40'546	1,4%
Résultat de répartition		-320	
Produit des placements et réévaluations		1'752	188,6%
Intérêts sur la dette de l'AI		275	-4,1%
Total des recettes		42'574	4,1%
Excédent de recettes	1'707		88,1%
Compte de capital	44'788		3,9%

Alors que, ces dernières années, l'augmentation des cotisations des assurés et des employeurs avait toujours été supérieure à 2 %, elle n'a été cette année que de 1,4 % par rapport à 2013, le total s'établissant à 29,9 milliards de francs. La part des cotisations prélevées sur les indemnités de chômage a progressé de 5,7 %. Les cotisations paritaires ont augmenté de 1,5 %, tandis que les cotisations personnelles (principalement des indépendants) ont diminué de 1,2 %. Les recettes provenant des cotisations ont couvert au total 73 % des dépenses de l'assurance.

La Confédération participe aux dépenses de l'AVS à raison de 19,55 %. Sa contribution a progressé de 2,2 % pour s'établir à 8,0 milliards de francs.

Les recettes provenant de la TVA, c'est-à-dire le point lié à la démographie, n'ont crû que faiblement, de 0,2 %, passant à 2,3 milliards de francs.

Les **dépenses** totales de l'AVS ont augmenté de 2,2 % pour atteindre 40,9 milliards de francs.

Les prestations en espèces, qui comprennent les rentes, les allocations pour impotent, les prestations en capital et les transferts de cotisations, représentent 99 % des **dépenses**. Celles-ci ont atteint 39,6 milliards de francs, enregistrant une hausse de 3,1 %. L'évolution démographique (nombre de retraités) constitue la principale raison de cette augmentation ; les rentes n'ont pas été adaptées en 2014. Avec une hausse de 0,7 %, les allocations pour impotent connaissent une progression plus faible que les rentes. Les autres domaines (frais des mesures individuelles, subventions à des organisations, frais de gestion et d'administration) ont occasionné des dépenses de 384 millions de francs, ce qui représente une augmentation de 8 millions de francs ou de 2,1 % par rapport à l'année précédente.

Le **résultat de répartition** (c'est-à-dire le résultat annuel hors produit des placements), négatif, tombe à -320 millions de francs (contre 14 millions en 2013).

L'activité de placement sur le marché financier a rapporté 1752 millions de francs, soit un rendement très réjouissant de 6,7 % sur la fortune globale de l'AVS.

Depuis le partage, le 1^{er} janvier 2011, du fonds de compensation commun AVS/AI/APG en trois fonds distincts pour chacune des assurances sociales concernées, le report des pertes de l'AI est inscrit comme une créance de l'AVS à l'égard de l'AI. Les intérêts dus sont par conséquent portés exclusivement au crédit de l'AVS. L'AI étant parvenue, fin 2013, à réduire sa dette de 586 millions de francs, l'intérêt sur le solde de la dette a diminué de 4,1 % au cours de l'exercice 2014, le taux d'intérêt restant le même.

Avec des recettes globales de 43 milliards de francs et des dépenses de 41 milliards de francs, le **compte d'exploitation de l'AVS** boucle sur un excédent de 1707 millions de francs, soit une progression de 88 % par rapport au résultat de 2013. Le compte de capital de l'AVS a ainsi pu être porté à 44,8 milliards de francs (fin 2013 : 43,1 milliards).

Réformes

Adaptation à l'évolution des salaires et des prix

Lors de sa séance du 15 octobre 2014, le Conseil fédéral a décidé d'adapter les rentes AVS/AI à l'évolution des salaires et des prix (indice mixte) de 0,4 % au 1^{er} janvier 2015. Ainsi, le montant de la rente minimale AVS est passé de 1170 à 1175 francs par mois et celui de la rente maximale, de 2340 à 2350 francs par mois. Les allocations pour impotent ont également été adaptées : depuis le 1^{er} janvier 2015, l'allocation pour impotent de l'AVS est de 940 francs pour une impotence grave, de 588 francs pour une impotence moyenne et de 235 francs pour une impotence faible (uniquement pour les rentiers vivant à domicile). En revanche, le montant de la cotisation minimale AVS/AI/APG pour les indépendants et les personnes sans activité lucrative a été maintenu à 480 francs par an et la cotisation minimale à l'assurance facultative AVS/AI reste elle aussi inchangée (914 francs).

Réforme « Prévoyance vieillesse 2020 »

La procédure de consultation relative à la réforme « Prévoyance vieillesse 2020 », ouverte par le Conseil fédéral le 20 novembre 2013, s'est terminée le 31 mars 2014. Les résultats montrent que la nécessité du projet, ses objectifs, notamment le maintien du niveau des prestations, ainsi que la garantie de l'équilibre financier de l'AVS et de la prévoyance professionnelle, sont largement acceptés. Il en va de même de la volonté de réformer simultanément le 1^{er} et le 2^e piliers suivant une approche globale. L'ampleur du projet ainsi que les diverses mesures proposées ont toutefois donné lieu à des appréciations contrastées.

Le 19 novembre 2014, le Conseil fédéral a adopté le rapport sur les résultats de la consultation ainsi que le message relatifs à la réforme « Prévoyance vieillesse 2020 ». Les éléments centraux du texte mis en consultation ont été conservés pour le message, de façon que le projet soit équilibré et propre à rassembler une majorité. Afin de répondre aux principales remarques exprimées lors de la procédure de consultation, quelques adaptations ont été apportées. Ainsi, le relèvement maximal des taux de la TVA ne sera pas de 2 points de pourcentage mais de 1,5 point de pourcentage. La déduction de coordination dans la prévoyance professionnelle sera supprimée et les taux de bonification de vieillesse seront abaissés. Enfin, les flux financiers entre la Confédération et l'AVS seront simplifiés en lieu et place du désenchevêtrement partiel prévu au départ.

Les mesures principales proposées par le Conseil fédéral dans le cadre de son message relatif à la réforme « Prévoyance vieillesse 2020 » sont les suivantes :

- L'âge de référence sera harmonisé à 65 ans pour les hommes et les femmes, dans le 1^{er} comme dans le 2^e pilier.
- La retraite sera flexibilisée de façon à permettre un aménagement souple et individuel du passage à la retraite entre 62 et 70 ans, dans le 1^{er} et le 2^e pilier. Pour cela, la retraite partielle est introduite. Un modèle d'anticipation favorable aux personnes ayant des revenus bas à moyens et exerçant une activité depuis longtemps est également prévu dans l'AVS.

- Le taux de conversion minimal dans la prévoyance professionnelle obligatoire est adapté à l'évolution de l'espérance de vie et des rendements du capital : il sera abaissé à 6,0 % sur une période de quatre ans. Des mesures de compensation sont prévues pour maintenir le niveau des prestations : la déduction de coordination sera supprimée et les bonifications de vieillesse seront adaptées. Le fonds de garantie aidera quant à lui les assurés plus âgés à constituer leur capital.
- La répartition des excédents sera améliorée, tout comme la surveillance et la transparence dans les affaires relevant du 2^e pilier : la quote-part minimale sera portée de 90 à 92 %.
- Les prestations de survivants dans l'AVS seront adaptées à l'évolution de la société : seules auront droit à une rente de survivant les personnes qui, au moment du décès du conjoint, ont des enfants donnant droit à une rente d'orphelin ou nécessitant des soins. En outre, les rentes de veuf et de veuve de l'AVS passeront de 80 à 60 % de la rente de vieillesse, alors que les rentes d'orphelin seront portées de 40 à 50 % de la rente de vieillesse.
- Les indépendants paieront leurs cotisations au même taux que les salariés et le barème dégressif applicable aux indépendants sera supprimé.
- La franchise de cotisation AVS/AI/APG en faveur des rentiers actifs après 65 ans sera supprimée. En contrepartie, les cotisations réalisées pourront être prises en compte dans le calcul de la rente AVS.
- L'accès au 2^e pilier sera amélioré : le seuil d'accès aujourd'hui fixé à 21 060 francs sera abaissé à 14 040 francs.
- Le financement additionnel en faveur de l'AVS sera effectué par le biais d'un relèvement par étapes de la TVA de 1,5 point au maximum selon la méthode proportionnelle. Au moment de l'entrée en vigueur de la réforme, la TVA sera augmentée de 1 point de pourcentage.
- Un mécanisme d'intervention financier sera introduit dans l'AVS de façon à ce que celle-ci dispose toujours de liquidités suffisantes.
- Les flux financiers entre la Confédération et l'AVS seront simplifiés : la Confédération renoncera à sa part de 17 % des recettes du pourcentage démographique prélevé sur la TVA depuis 1999 pour financer sa contribution à l'AVS, et cette dernière passera de 19,55 % à 18 % des dépenses de l'AVS.

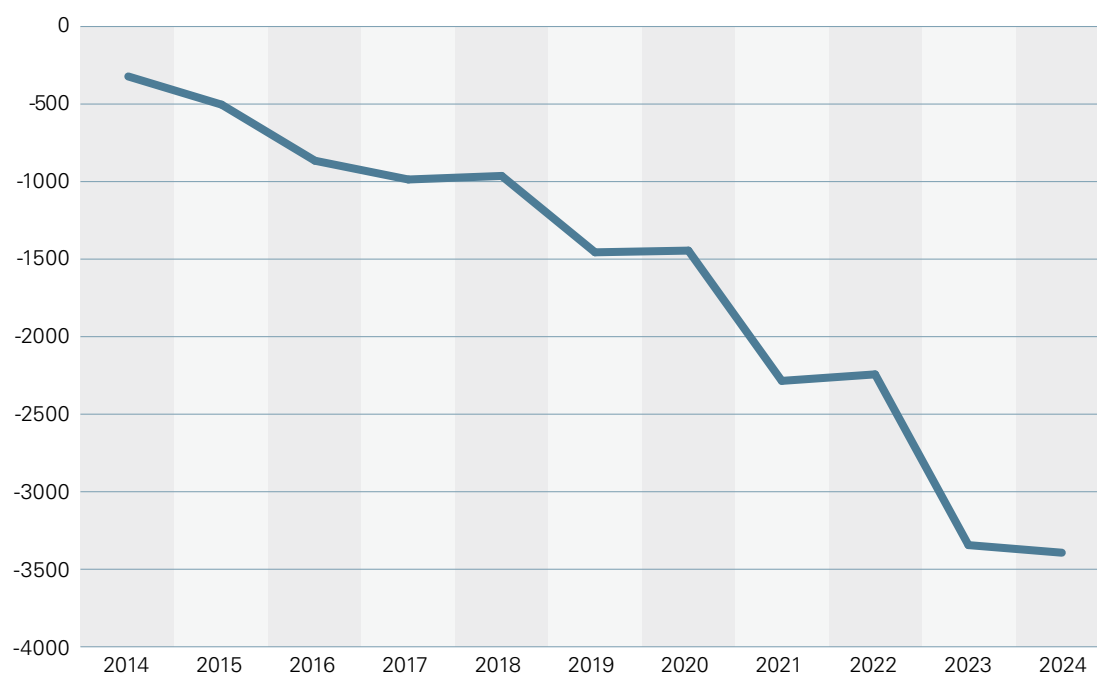
AVS Assurance-vieillesse et survivants

Perspectives

Une estimation de l'**évolution financière de l'AVS** à moyen terme peut être tentée sur la base de son budget. Dans ce calcul, les dépenses et les recettes à venir sont fonction des composantes démographiques (nombre de rentiers et de cotisants), des composantes économiques (évolution des salaires et des prix), ainsi que des modifications du système résultant de décisions législatives¹.

Pour la composante démographique, on se réfère au scénario A-17-2010 de l'OFS. Celui-ci se fonde sur l'hypothèse que le solde migratoire s'établira à 40 000 personnes par an jusqu'en 2030. Outre la démographie, le rôle de l'évolution économique est également pris en considération : à long terme, la progression annuelle du salaire réel est estimée à 0,9 %. Enfin, un facteur structurel permet de tenir

Evolution du résultat de répartition de l'AVS, en millions de francs (aux prix de 2015)



Résultat de répartition : recettes hors produit du capital moins les dépenses, en millions de francs (aux prix de 2015)
Ajustées sur le décompte 2014

¹ Les chiffres actuels peuvent être consultés sur le site www.ofas.admin.ch → AVS → Chiffres clés / Statistiques → Perspectives financières de l'AVS.

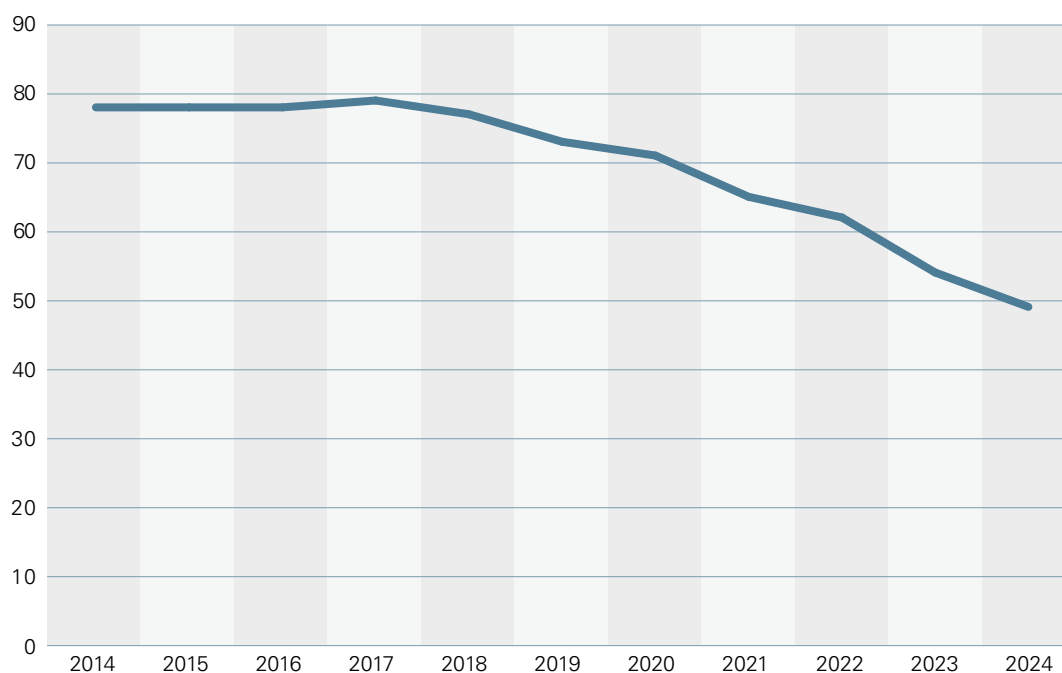
compte de l'évolution du marché du travail, marquée par une augmentation des emplois plus qualifiés et donc mieux rémunérés. Ce facteur est évalué à 0,3 % par an. Pour l'assurance, c'est surtout le résultat de répartition qui est important ; il ne tient pas compte du produit des placements en raison de son caractère très fluctuant.

Le graphique de la page 28 montre l'évolution du résultat de répartition de l'AVS. On voit qu'il faut s'attendre à des résultats nettement négatifs vers

2021. Le produit du capital dégagé par le Fonds de compensation de l'AVS ne suffira alors plus à combler les déficits.

Le graphique ci-après illustre l'évolution du compte de capital de l'AVS sans la dette de l'AI (sous son régime actuel). On constate que les ressources restent au-dessus du seuil de 50 % des dépenses d'une année pendant toute la période sous revue.

Capital de l'AVS sans la dette de l'AI, en % des dépenses (aux prix de 2015)



Compte de capital de l'AVS sans la dette de l'AI, en % des dépenses
Ajustées sur le décompte 2014

AI Assurance-invalidité

Dernières données disponibles : exercice 2014

1 Chiffres clés actuels de l'AI

Recettes 2014	10'177 mio de fr.
Dépenses 2014	9'254 mio de fr.
Résultat 2014	922 mio de fr.
Fonds de compensation AI 2014	5'000 mio de fr.
Dette envers l'AVS 2014	-12'843 mio de fr.
Rente d'invalidité maximale 2015	2'350 fr.
Rente d'invalidité minimale 2015	1'175 fr.
Montant moyen de la rente d'invalidité en Suisse et à l'étranger, décembre 2014	1'420 fr.
Bénéficiaires de rentes d'invalidité	259'930
Bénéficiaires de rente pour enfant	75'952

En Suisse et à l'étranger, décembre 2014

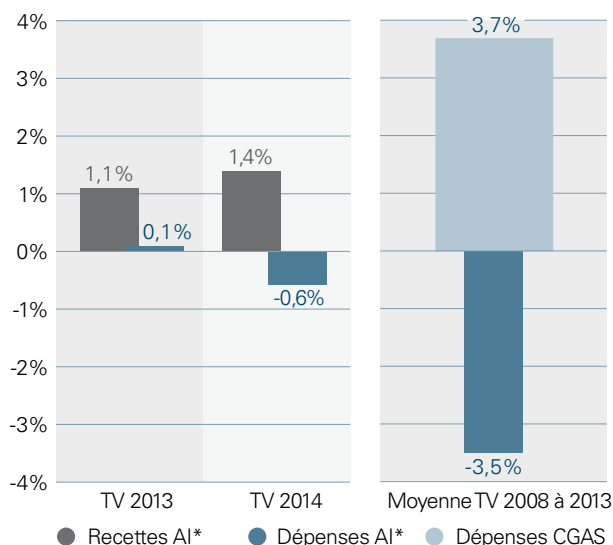
Probabilité de percevoir une prestation de l'AI , 2014	
10 à 19 ans	8,4 %
30 à 39 ans	3,9 %
50 à 59 ans	11,6 %

En 2014, le nombre des nouvelles rentes est resté le même que l'année précédente. Depuis 2003, le taux de nouvelles rentes, soit le pourcentage de nouveaux bénéficiaires par rapport à la population assurée, a reculé de plus de moitié. L'effectif maximal de rentes d'invalidité avait été atteint en décembre 2005, avec 252 000 rentes, chiffre qui a baissé de 12 % jusqu'en décembre 2014 pour s'établir à 226 000.

Evolution récente : Afin de réduire la dette de l'AI envers l'AVS (fin 2011 : -14 944 millions de francs), tout solde du Fonds de l'AI supérieur, à la fin de chaque exercice, aux 5 milliards du capital initial sera versé au Fonds de l'AVS pendant la période de relèvement de la TVA. En 2014, l'AI a ainsi été en mesure, pour la troisième fois depuis 2012, d'utiliser son excédent (922 millions de francs) pour réduire le solde de sa dette à l'égard de l'AVS, laquelle se chiffre à 12 843 millions de francs à fin 2014.

Grâce à l'évolution favorable des marchés financiers, le « produit des placements » (produit courant du capital et variations de valeur du capital) a été nettement plus élevé en 2014 qu'en 2013 (passant de 77 à 238 millions de francs). Grâce aussi aux cotisations des assurés – qui ont augmenté de 1,4 % – et aux contributions des pouvoirs publics (+1,3 % ; y compris la TVA et la prise en charge des intérêts de la dette par la Confédération), les recettes ont atteint 10,2 milliards de francs.

2 Evolution actuelle de l'AI : par rapport à celle du CGAS



Actuellement (2013/2014) :

Recettes et dépenses de l'AI ont de nouveau connu en 2014 une évolution positive sous l'angle financier : les recettes ont augmenté de 1,4 % tandis que les dépenses ont diminué (-0,6 %). Les prestations en espèces ont baissé de 1,2 % en 2014. La légère augmentation des dépenses connue en 2013 (+0,1 %) était due à l'adaptation des rentes.

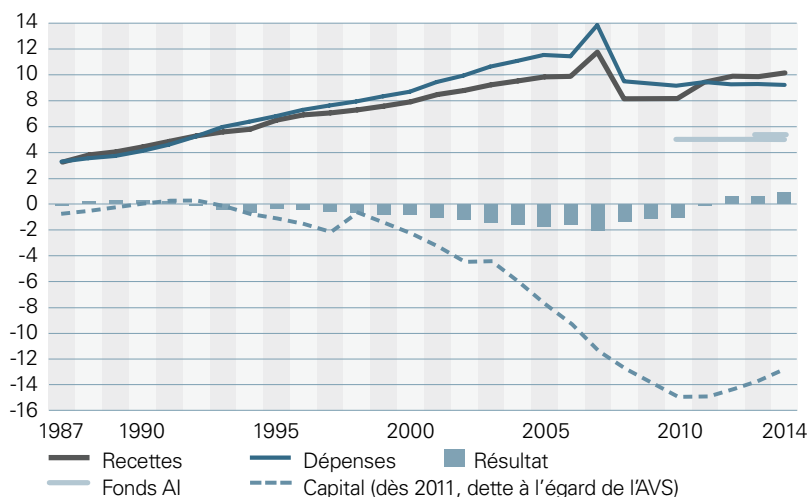
Passé récent (2008 à 2013, comparaison avec le CGAS) :

En partie en raison de la suppression de certaines dépenses dans le cadre de la RPT, l'importance de l'AI dans le compte global diminue sensiblement : si les dépenses globales de toutes les assurances sociales se sont accrues de 3,7 % au cours de la dernière période de cinq ans, celles de l'AI ont baissé de 3,5 % dans le même laps de temps.

* Dans le CGAS, les variations de valeur du capital ne font pas partie du compte de fonctionnement.

Dernières données disponibles : exercice 2014

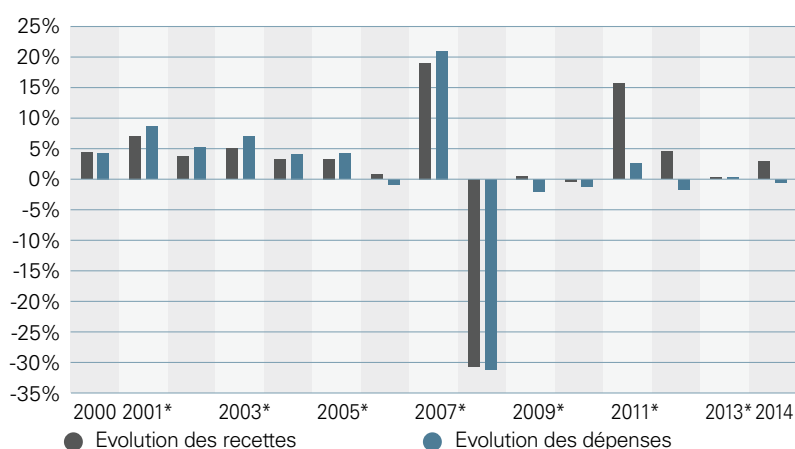
3 Recettes, dépenses, résultats et capital de l'AI de 1987 à 2014, en milliards de francs



En 2014, pour la troisième fois depuis 1992, les dépenses de l'AI ont pu être couvertes en intégralité par les recettes (entre autres grâce aux recettes supplémentaires issues du relèvement de la TVA et de la contribution spéciale de la Confédération aux intérêts de l'AI).

Les dépenses, en baisse de 270 millions de francs par rapport à 2008, première année après l'introduction de la RPT, ont également joué un rôle essentiel dans la génération d'un solde positif. L'inversion de la tendance est parfaitement visible dans le graphique 3. La réduction de la dette, qui est passée de 14 944 à 12 843 millions de francs, a été rendue possible par les excédents enregistrés de 2012 à 2014 (cf. texte sous 1).

4 Evolution des recettes et des dépenses de l'AI de 2000 à 2014 (avec la RPT)

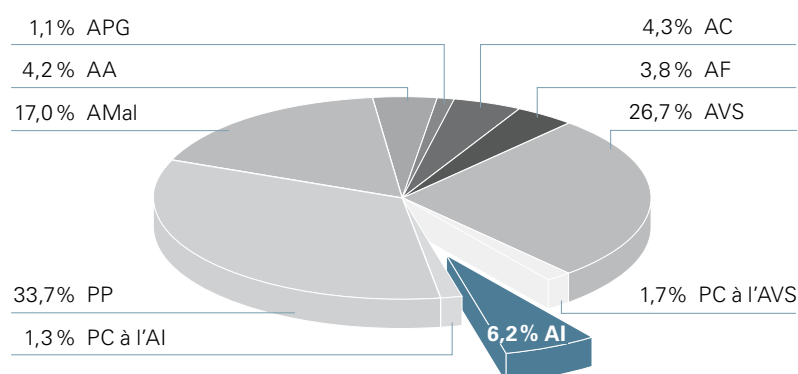


L'exercice 2011 marque l'inversion de tendance en ce qui concerne les recettes. En 2014 aussi, des recettes en hausse contrastent avec des dépenses en baisse. Le résultat des placements (produit du capital et variations de valeur du capital) a triplé par rapport à l'année précédente.

Les résultats des comptes de 2011 à 2014 illustrent parfaitement l'inversion de la tendance dans l'évolution globale de l'AI observée depuis 2006 (le taux d'augmentation des recettes tend à être plus élevé que celui des dépenses).

Les années où les rentes ont été adaptées sont marquées par un astérisque.

5 L'AI dans le CGAS 2013



Dépenses 2013 : 149,2 mia de fr.

Mesurée à l'aune des dépenses, l'AI se place, avec 6,2 %, en quatrième position parmi les assurances sociales.

Ces dépenses sont affectées à raison de 89,7 % aux rentes, aux allocations pour impotent, aux indemnités journalières, aux mesures individuelles et aux prestations collectives. Les 10,3 % restants couvrent les frais de gestion et d'administration ainsi que les intérêts de la dette à l'égard de l'AVS.

Source : SAS 2015 (parution automne 2015), OFAS, et www.ofas.admin.ch

Finances

Compte d'exploitation 2014 de l'AI, en millions de francs

Postes du compte	Dépenses	Recettes	Variation 2013/2014
Cotisations des assurés et des employeurs		5'018	1,4%
Contribution de la Confédération (37,7 % des dépenses)		3'576	1,9%
TVA		1'119	0,2%
Intérêts pris en charge par la Confédération		172	-4,1%
Produit (net) des actions récursoires		54	-8,9%
Intérêts	275		-4,1%
Prestations en espèces	6'507		-1,2%
Dont : Rentes ordinaires	5'008		-2,8%
Rentes extraordinaires	765		3,7%
Indemnités journalières	551		5,7%
Allocations pour impotents	427		1,2%
Créances en restitution de prestations	-245		-2,8%
Coûts des mesures individuelles	1'649		1,8%
Dont : Mesures médicales	779		-1,0%
Mesures d'intervention précoce et de réinsertion	84		14,1%
Mesures d'ordre professionnel	557		2,1%
Moyens auxiliaires	201		3,7%
Subventions aux organisations	145		-3,7%
Frais de gestion et d'administration	678		2,0%
Recettes de l'assurance		9'939	1,3%
Dépenses	9'254		-0,6%
Résultat de répartition		685	34,6%
Produit des placements et réévaluations		238	206,9%
Total des recettes		10'177	2,9%
Résultat d'exploitation		922	57,3%
Compte de capital	5'000		0,0%
Dettes	12'843		-6,7%

En 2014, les recettes de l'AI ont progressé dans l'ensemble de 2,9 %, atteignant 10 177 millions de francs. Par rapport à l'exercice précédent, les **recettes de l'assurance** elle-même (total des recettes hors produit des placements) ont progressé de 1,3 % pour s'établir à 9939 millions de francs. Les cotisations des assurés et des employeurs ont augmenté de 1,4 %, atteignant près de 5,0 milliards de francs. Elles couvrent 54 % des dépenses. Pour cet exercice, la contribution de la Confédération a été déterminée pour la première fois conformément à l'art. 78 LAI tel qu'il a été modifié par le 1er volet de la 6e révision de l'AI. Malgré la faible évolution des recettes de TVA, le nouveau calcul a produit, par rapport à l'ancienne méthode, une augmentation des revenus de 87 millions de francs. La contribution de la Confédération a ainsi augmenté de 1,9 % par rapport à l'exercice précédent (cf. le tableau du 1er chapitre, « Contributions de la Confédération à l'AVS, à l'AI et aux PC en 2014 »). Les contributions d'assainissement (TVA et contribution spéciale aux intérêts) s'élèvent à 1291 millions de francs.

Au chapitre des **dépenses**, 6,5 milliards de francs (près de 70 %) ont été affectés à des prestations en espèces, autrement dit rentes, indemnités journalières et allocations pour impotent. Les versements sous forme de rentes ont atteint 5,5 milliards de francs nets, soit 60 % des dépenses totales (en 2006, la proportion était encore de 66 %, pour un montant de 6,1 milliards de francs). Cette somme correspond à une baisse de 2,0 % par rapport à l'année précédente. La réduction du nombre de nouvelles rentes enregistrée depuis plusieurs années a un effet durable sur l'effectif.

Le poste des indemnités journalières a connu une augmentation de 5,7 %, passant à 551 millions de francs, et celui des allocations pour impotent une hausse de 1,2 %, passant à 427 millions de francs. Les coûts des mesures individuelles (mesures médicales, mesures d'intervention précoce, mesures de réinsertion, mesures d'ordre professionnel, moyens auxiliaires, frais de voyage) ont progressé de 1,8 % et représentent près de 18 % des dépenses. Les prestations de détection et d'intervention précoces, introduites dans le cadre de la 5e révision de l'AI, en sont encore à leurs débuts ; elles affichent un taux de croissance de 14 %.

Les frais de gestion et d'administration ont augmenté de 2,0 %, pour atteindre 678 millions de francs. L'accent accru mis ces dernières années sur le travail d'instruction a sans nul doute contribué à faire baisser le nombre de nouvelles rentes.

Les intérêts que l'AI doit payer sur sa dette envers l'AVS ont diminué de 4,1 % en 2014, grâce à une réduction de la dette de l'ordre de 586 millions de francs intervenue l'année précédente.

Les recettes totales de l'assurance couvrent 107 % des dépenses, de sorte que le **résultat de répartition** présente un excédent de 685 millions de francs.

Le produit des placements réalisé sur les avoirs s'est élevé à 238 millions de francs. Les recettes totales ont ainsi atteint 10 177 millions de francs et le **résultat d'exploitation** est de 922 millions de francs. Cet excédent a pu être utilisé pour réduire la **dette** dans une proportion de 6,7 %, celle-ci étant ainsi ramenée à 12 843 millions de francs.

Réformes

Contribution d'assistance : évaluation intermédiaire

Le 18 août 2014, le Conseil fédéral a présenté une première évaluation intermédiaire de la contribution d'assistance, prestation de l'AI qui a été introduite à titre définitif le 1^{er} janvier 2012 dans le cadre de la révision 6a. Cette évaluation reflète l'état de la situation à fin 2013. L'enquête menée auprès des bénéficiaires montre que la contribution a atteint les objectifs qui lui étaient assignés : accroître l'autonomie des personnes en situation de handicap, leur qualité de vie et leur liberté dans l'organisation de leur existence, et décharger les proches qui leur prêtent assistance. Si, à ce stade, les assurés qui recourent à cette prestation sont moins nombreux que prévu, les coûts dépassent pourtant les prévisions. L'évaluation rendra également compte de son évolution ces prochaines années. S'étendant sur cinq ans, jusqu'en 2016, elle vise à déterminer si les objectifs formulés auront été atteints, tant du point de vue qualitatif que quantitatif.

Amélioration du système moyennant l'adaptation du RAI

Le 19 septembre 2014, le Conseil fédéral a adapté le règlement sur l'assurance-invalidité et fixé l'entrée en vigueur des modifications au 1^{er} janvier 2015. Cette adaptation était placée tout entière sous le signe de la promotion de l'insertion professionnelle des personnes invalides. Ainsi, la mise en œuvre des mesures de réinsertion a été assouplie, et le conseil aux employeurs et aux spécialistes des domaines de l'école et de la formation est explicitement inscrit dans la liste des tâches incombant aux offices AI. Les autres modifications concernent notamment la qualité des expertises médicales et les conseils fournis aux personnes qui déposent une

demande de contribution d'assistance. La définition de la notion de home a été inscrite dans le règlement et non plus au niveau des circulaires. Cette adaptation est importante pour des raisons de sécurité du droit, parce que bon nombre de prestations de l'AI dépendent du fait que l'assuré vit en home ou à domicile et parce que les formes de logement se sont diversifiées. Enfin, les règles relatives à l'octroi de subventions aux organisations d'aide aux invalides ont été actualisées afin d'améliorer la transparence du système, d'assurer la concordance avec la loi sur les subventions et de faciliter l'exécution.

Expertises pluridisciplinaires dans l'assurance-invalidité et SuisseMED@P

Le développement de la plateforme informatique SuisseMED@P, mise en place le 1^{er} mars 2012 et sur laquelle les offices AI doivent déposer leurs mandats, et les centres d'expertises indiquer leurs disponibilités, s'est poursuivi au cours de l'exercice. En particulier, le rôle du groupe de travail « Qualité SuisseMED@P » (cf. Rapport LPGA 2013, p. 35) a été précisé. Des critères formels relatifs à la qualité des structures et des processus ont été élaborés et mis en application. La FMH est invitée à collaborer activement à ce groupe de travail avec une représentation permanente. En outre, de nouveaux centres d'expertises sont venus s'ajouter aux centres déjà habilités, ce qui a permis d'augmenter un peu les capacités de SuisseMED@P et de répartir un peu plus équitablement les mandats entre les centres. Cependant, en dépit de tous les efforts, ces améliorations ne suffisent pas encore à répondre dans les délais souhaités à la demande en expertises pluridisciplinaires. La recherche de centres d'expertises appropriés est donc aussi encouragée sur le plan politique. L'OFAS a procédé

au 1^{er} janvier 2015 à une adaptation du système SuisseMED@P qui devrait produire ses effets rapidement. Sans toucher au principe de l'attribution aléatoire, il est désormais garanti que le premier mandat attribué est celui qui est en attente depuis le plus longtemps (*first in, first out*), ce qui raccourcit systématiquement les délais d'attente.

Développement de l'assurance-invalidité

Les révisions de l'assurance-invalidité mises en œuvre depuis 2004 ont nettement amélioré son efficacité. L'accent mis sur la réadaptation des personnes en situation de handicap a des effets positifs sur l'évolution du nombre de nouvelles rentes et sur l'effectif des rentes. L'assainissement des finances de l'assurance et son désendettement sont eux aussi en bonne voie. Les efforts doivent dorénavant se concentrer sur la situation des enfants et des jeunes atteints dans leur santé, d'une part, et des assurés souffrant de maladies psychiques, d'autre part. L'un des objectifs de la révision consiste à favoriser la réadaptation en renforçant la coordination des acteurs concernés, en offrant davantage de soutien aux employeurs et en améliorant la collaboration avec les médecins. De nouvelles mesures doivent en outre permettre de combler les lacunes que présente la couverture des revenus dans certaines situations. Il est prévu d'envisager à nouveau l'introduction d'un système de rentes linéaire. Le 25 février 2015, le Conseil fédéral a chargé le Département fédéral de l'intérieur d'élaborer, à l'automne 2015, un projet pour le développement de l'AI. Le DFI a aussi mis en chantier la conception d'une politique nationale en matière de handicap, qui, sur la base de la loi sur l'égalité pour les handicapés, vise à renforcer l'autonomie des personnes handicapées et leur participation à la vie sociale.

Collaboration interinstitutionnelle (CII)

Le 1^{er} janvier 2015, après avoir dirigé pendant deux ans les comités nationaux de la CII, l'assurance-invalidité a transmis le flambeau au Secrétariat d'Etat à la formation, à la recherche et à l'innovation.

Pour le domaine AI, ces deux dernières années ont été l'occasion de sensibiliser ses partenaires aux problématiques liées à la santé mentale et aux jeunes invalides. Plusieurs projets de recherche ont été lancés dans ce sens, dont une évaluation du profil des jeunes bénéficiaires de rente AI souffrant d'une maladie psychique (rapport à paraître à l'automne 2015). Ces deux points ont également été à l'ordre du jour des journées nationales CII 2014, qui ont eu lieu les 23 et 24 octobre à Soleure, et qui ont regroupé l'ensemble des partenaires CII fédéraux et cantonaux.

En outre, 2013 et 2014 ont aussi permis de mener à bien plusieurs projets majeurs pour l'organisation des procédures CII et des interfaces entre institutions. Parmi ces projets, il faut citer :

- l'état des lieux des formes cantonales de CII ;
- un avis de droit concernant la protection des données et l'échange de données entre les institutions CII, et
- la clarification de l'interface entre assurance-chômage et aide sociale (été 2014 pour la première partie).

Tous ces projets ont donné lieu à des rapports qui sont publiés sur le site internet de la CII (www.cii.ch), et dont les recommandations peuvent être directement concrétisées dans les cantons.

AI Assurance-invalidité

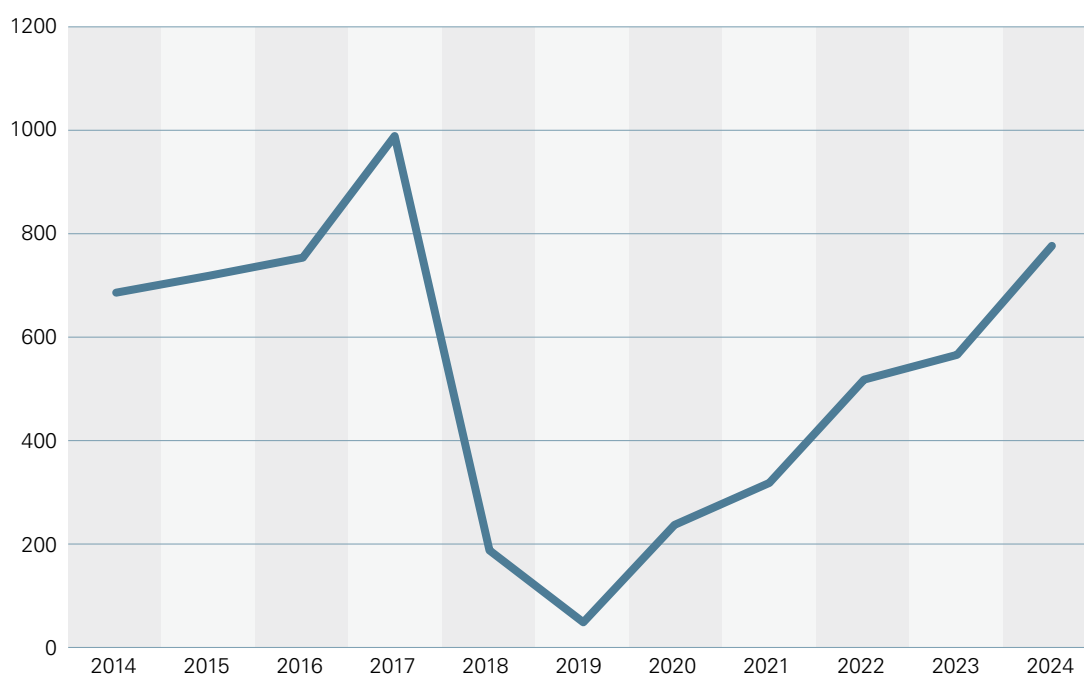
Perspectives

L'**évolution financière** de l'AI à moyen terme peut être estimée sur la base de ses comptes. Dans ce calcul, les dépenses et les recettes à venir sont fonction des composantes démographiques (nombre de personnes exposées à un risque et de cotisants), des composantes économiques (évolution des salaires, des prix et de la TVA), des bases propres à l'AI (probabilités d'entrées et de sorties), ainsi que des modifications du système résultant de décisions législatives¹.

Les scénarios et les paramètres utilisés sont les mêmes que dans l'AVS (cf. AVS, Perspectives).

Le graphique ci-après montre le résultat de répartition correspondant au régime en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012. Durant la période de financement additionnel (2011 à 2017), l'excédent de recettes réalisé sera affecté au remboursement (partiel) de la dette envers l'AVS. Par la suite, le résultat de répartition sera inférieur.

Evolution du résultat de répartition de l'AI avec la réglementation en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2014, en millions de francs (aux prix de 2015)



Résultat de répartition : recettes hors produit du capital moins les dépenses, en millions de francs (aux prix de 2015)
Ajustées sur le décompte 2014

¹ Les chiffres actuels peuvent être consultés sur le site www.ofas.admin.ch → AI → Chiffres clés / Statistiques → Perspectives financières de l'AI.

PC Prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI

Dernières données disponibles : exercice 2014

1 Chiffres clés actuels des PC

Dépenses (= recettes) des PC à l'AVS 2014	2'712 mio de fr.
Dépenses (= recettes) des PC à l'AI 2014	1'967 mio de fr.

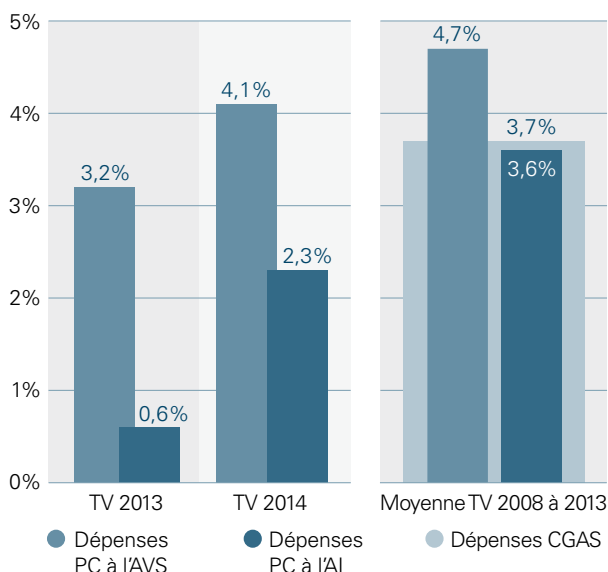
Eléments de calcul des PC pour les personnes seules	
Besoins vitaux 2015	19'290 fr.
Loyer brut maximum 2015	13'200 fr.
Franchise sur la fortune 2015	37'500 fr.
Remboursement max. des frais de maladie et d'invalidité	
– Personnes à domicile 2015	25'000 fr.
– Pensionnaires en home 2015	6'000 fr.

Bénéficiaires de PC, selon le type d'habitation	
– Personnes à domicile 2014	238'740
– Pensionnaires en home 2014	70'611

Entièrement financées par des fonds publics, les prestations complémentaires présentent, par définition, des comptes équilibrés, c'est-à-dire que les dépenses sont toujours égales aux recettes. Les graphiques suivants illustrent l'évolution en distinguant PC à l'AVS et PC à l'AI.

Evolution récente : Depuis 2007, les dépenses des PC à l'AVS progressent davantage que celles des PC à l'AI, à la seule exception de 2012. Les PC versées en 2014 ont atteint 4,7 milliards de francs, dont 58 % pour les PC à l'AVS et 42 % pour les PC à l'AI. En 2014, les PC à l'AVS ont amélioré de 7,9 % la somme des rentes AVS ; 12,4 % des bénéficiaires de rente de vieillesse en percevaient. Les PC à l'AI ont amélioré de 44,2 % la somme des rentes AI et 44,1 % des bénéficiaires de rentes AI ont touché des PC. Les PC jouent un rôle important dans le financement des séjours en home. En 2014, 70 611 bénéficiaires de PC vivaient dans un home et 238 740 chez elles.

2 Evolution actuelle des PC : par rapport à celle du CGAS



CGAS = compte global des assurances sociales

Actuellement (2013/2014) :

En 2014, les dépenses des PC à l'AVS ont connu une augmentation nettement plus forte que celles des PC à l'AI. Il en a toujours été ainsi depuis 2007, sauf en 2012. Mais pour les unes comme pour les autres, l'augmentation reste relativement faible ⁴. Depuis 1996, la progression des dépenses des PC à l'AI n'a été plus faible encore qu'en 2013.

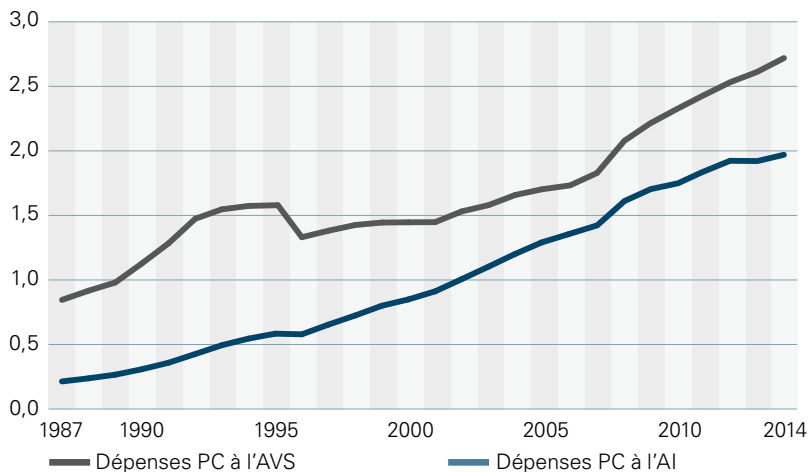
Passé récent (2008 à 2013, comparaison avec le CGAS) :

Les dépenses du CGAS ont augmenté de 3,7 % en moyenne durant la dernière période de cinq ans pour laquelle les chiffres de l'ensemble des assurances sociales sont disponibles. La progression moyenne des PC à l'AVS est plus importante. La moyenne élevée sur cinq ans montre que les PC ont nettement gagné en importance dans le CGAS.

PC Prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI

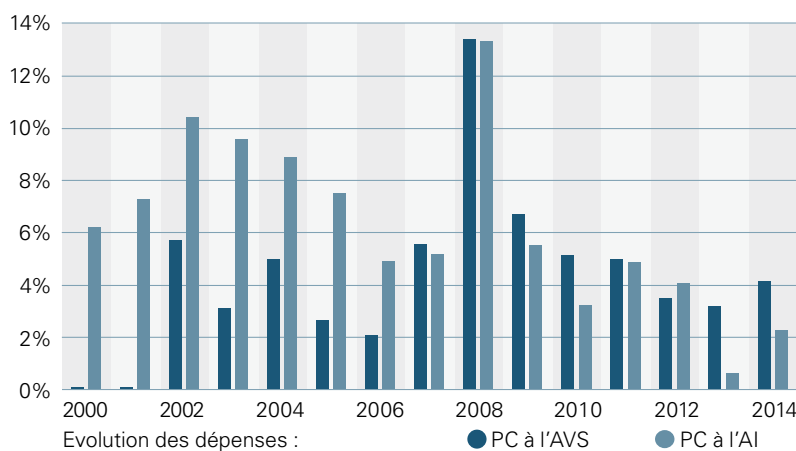
Dernières données disponibles : exercice 2014

3 Dépenses (= recettes) des PC de 1987 à 2014, en milliards de francs



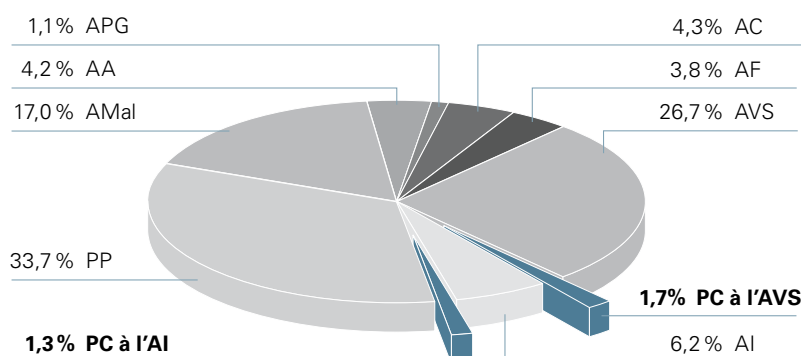
Depuis 1987, les dépenses des PC à l'AVS ont toujours été supérieures à celles des PC à l'AI. L'écart entre les deux types de dépenses se réduisait cependant jusqu'en 2006. Cette tendance s'est inversée en 2007, année depuis laquelle les dépenses des PC à l'AVS augmentent davantage que celles des PC à l'AI, sauf en 2012.

4 Evolution des dépenses (= recettes) des PC de 2000 à 2014



Le taux de croissance des dépenses des PC à l'AVS comme celui des PC à l'AI a plutôt baissé de 2002 à 2006, tendance qui s'est cependant interrompue en 2007 et 2008. Les taux de croissance de 2008 sont aussi élevés que ceux du début des années 1990. Cela s'explique par l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2008, de la révision de la LPC, qui a supprimé le montant maximum des PC (lequel a un impact surtout pour les personnes vivant en home). De 2009 à 2013, les taux de croissance s'inscrivaient de nouveau à la baisse, pour remonter en 2014.

5 Les PC dans le CGAS 2013



Dépenses 2013 : 149,2 mia de fr.

Les PC à l'AVS représentent 1,7 % des dépenses de l'ensemble des assurances sociales, et les PC à l'AI 1,3 %, ce qui les place à l'avant-dernier rang de ces assurances sur ce plan.

Ces dépenses sont affectées à 100 % à des prestations sociales : 57,5 % en faveur des rentiers AVS et 42,5 % en faveur des bénéficiaires d'une rente AI (2013).

Source : SAS 2015 (parution automne 2015), OFAS, et www.ofas.admin.ch

PC Prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI

Finances

Finances des PC en 2014, en millions de francs

Canton	Dépenses au titre des PC			Variation 2013	Subvention fédérale		
	Total	PC à l'AVS	PC à l'AI		Total	PC à l'AVS	PC à l'AI
Total	4'678,7	2'712,1	1'966,6	3,3%	1'398,4	696,2	702,2
Zurich	791,6	456,1	335,5	3,2%	216,9	104,0	112,9
Berne	695,8	438,8	257,0	6,7%	191,9	99,1	92,9
Lucerne	217,1	129,9	87,3	2,3%	67,6	36,0	31,6
Uri	13,7	9,0	4,8	0,2%	3,6	2,0	1,6
Schwyz	62,4	43,4	19,0	4,2%	16,1	9,0	7,1
Obwald	13,9	9,4	4,6	3,8%	4,2	2,4	1,8
Nidwald	13,3	7,7	5,6	3,9%	4,0	2,1	1,9
Glaris	19,2	9,4	9,8	5,6%	6,2	2,9	3,3
Zoug	41,3	21,2	20,1	7,9%	11,0	5,6	5,3
Fribourg	145,2	85,5	59,7	3,0%	48,0	23,7	24,3
Soleure	199,5	84,8	114,7	2,1%	42,6	18,8	23,7
Bâle-Ville	229,6	119,3	110,4	2,8%	72,5	28,2	44,2
Bâle-Campagne	196,1	106,3	89,8	3,3%	42,5	16,8	25,6
Schaffhouse	37,4	20,6	16,8	1,4%	11,5	5,3	6,1
Appenzell AR	25,7	13,1	12,6	1,3%	8,0	3,6	4,4
Appenzell AI	5,4	2,9	2,5	-0,4%	1,5	0,9	0,6
Saint-Gall	274,4	156,1	118,2	1,1%	81,7	40,7	40,9
Grisons	93,4	61,8	31,5	0,7%	23,5	11,9	11,6
Argovie	227,0	130,5	96,4	4,0%	72,3	33,6	38,8
Thurgovie	104,5	56,5	48,0	2,7%	34,0	16,8	17,2
Tessin	205,5	117,2	88,3	1,4%	108,0	61,3	46,7
Vaud	466,6	266,7	200,0	3,2%	146,9	74,5	72,4
Valais	89,2	43,2	46,0	1,6%	35,4	16,9	18,4
Neuchâtel	108,3	64,2	44,1	1,8%	36,6	19,0	17,6
Genève	357,3	230,5	126,8	2,7%	99,3	54,5	44,8
Jura	45,2	28,0	17,2	6,3%	12,8	6,6	6,2

Source : SAS 2015 (parution fin 2015), OFAS et www.ofas.admin.ch

La Confédération octroie, par prélèvement sur ses ressources générales, des subventions aux cantons pour le financement des PC à l'AVS et à l'AI. Elle assume $\frac{5}{8}$ du minimum vital couvert par les PC annuelles. Pour les personnes qui vivent chez elles,

l'intégralité des PC sert à garantir le minimum vital, tandis que pour les pensionnaires d'un home, seule une partie est utilisée à cette fin. La part des PC annuelles versée aux personnes vivant en home qui sert à la couverture du minimum vital est dé-

PC Prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI

terminée par un calcul ad hoc. Celui-ci permet de connaître, dans chaque cas, le montant des PC qui serait versé si la personne résidait chez elle. Depuis l'entrée en vigueur de la RPT, la Confédération assume également une partie des frais d'administration occasionnés par la fixation et le paiement des PC annuelles, au moyen d'un forfait par cas. Sur le montant total versé au titre des PC en 2014 – 4678,7 millions de francs –, la Confédération a pris en charge 1398,4 millions (29,9 %) et les cantons 3280,4 millions de francs (70,1 %). Sur le total des dépenses des PC à l'AVS, 696,2 millions de francs ont été à la charge de la Confédération et 2015,9 à celle des cantons. Pour ce qui est des PC à l'AI, la répartition a été la suivante : 702,2 millions de francs à la charge de la Confédération et 1264,4 à celle des cantons. Enfin, en ce qui concerne les frais d'administration, la Confédération a versé au total 35,1 millions de francs.

Réformes

Réformes

Le 20 novembre 2013, le Conseil fédéral avait approuvé et publié un rapport qui analysait en détail l'évolution des coûts des prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI et l'opportunité d'une réforme dans ce domaine. Sur cette base, le DFI a élaboré des propositions concrètes après avoir consulté la CDAS. Le Conseil fédéral a eu une première discussion à ce sujet le 25 juin 2014, et il a défini à cette occasion l'orientation générale d'une réforme des PC.

- Il importe de maintenir le niveau des PC. Cela devrait écarter le risque que le régime des PC se défasse sur l'aide sociale et que la réforme génère un surcroît de charges financières pour les cantons.
- Il convient d'orienter l'emploi de la fortune propre vers des fins de prévoyance, de sorte que le

risque de dépendance des personnes âgées à l'égard des PC diminue. Le Conseil fédéral proposera donc de restreindre les possibilités de retirer l'avoir de prévoyance sous forme de capital, d'améliorer et d'unifier la prise en compte des éléments de fortune dont les ayants droit se dessaisissent, et d'abaisser le montant des franchises sur la fortune nette (sans inclure toutefois les immeubles servant d'habitation aux bénéficiaires de PC).

- Il importe aussi de réduire les effets de seuil et les incitations à rester tributaire des PC. Cela se concrétisera par des dispositions modifiant la prise en compte des revenus effectifs et hypothétiques, par l'adaptation des montants servant à la couverture des besoins vitaux pour les familles et par un réexamen de la façon de prendre en compte les primes d'assurance-maladie.

Le 17 décembre 2014, le Conseil fédéral a adopté le message relatif à la modification de la LPC (montants maximaux pris en compte au titre du loyer), dont les principaux éléments sont les suivants :

- adaptation des montants maximaux à la hausse de l'indice des loyers intervenue entre 2001 et 2014 ;
- prise en compte des montants maximaux indépendamment de l'état civil, et
- prise en compte du besoin d'espace plus important des familles par l'octroi de suppléments.

Enfin des montants maximaux différents sont définis selon le type de région – au nombre de trois : grands centres, villes et campagne –, afin de tenir compte des différences de loyer.

Perspectives

Il est prévu de lancer la consultation sur la réforme des PC en 2015.

PP Prévoyance professionnelle

Dernières données disponibles : exercice 2013¹

1 Chiffres clés actuels de la PP

Recettes 2013	67'682 mio de fr.
Dépenses 2013	50'518 mio de fr.
Résultat 2013	17'164 mio de fr.
Compte de capital 2013	712'500 mio de fr.

Prestations (partie obligatoire)	2014	2015
Intérêt de l'avoir de vieillesse	1,75 %	1,75 %
Taux de conversion :		
hommes (65)	6,80 %	6,80 %
femmes (64)	6,80 %	6,80 %

Les prestations de la PP sont déterminées principalement par l'avoir de prévoyance et le taux de conversion.

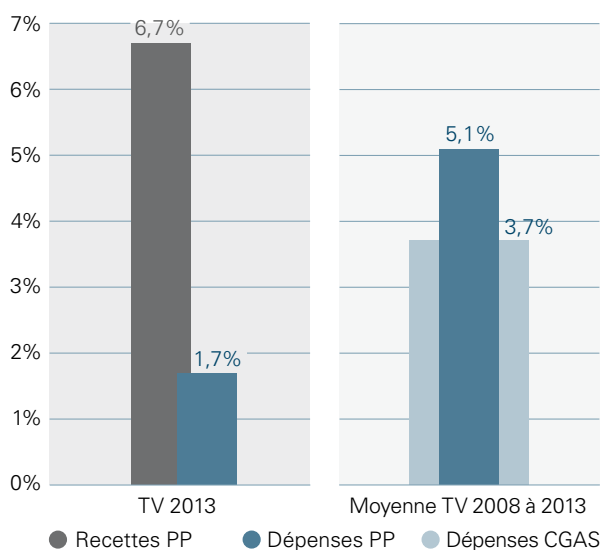
Bénéficiaires 2013	
Rentes de vieillesse	670'411
Rentes d'invalidité	131'708
Rentes de veuve/veuf	184'499
Rentes d'enfants/orphelins	66'216

L'évolution du capital de la PP dépend de deux éléments : le résultat des comptes **3** et les variations de la valeur des placements. Suivant l'évolution des marchés financiers, ces deux composantes s'additionnent ou se compensent. En 2013, un résultat des comptes de 17 milliards de francs combiné avec des variations de valeur du capital corrigées (valeur nette totale¹) de 28 milliards de francs a porté le capital de la PP de 667 à 713 milliards de francs.

Evolution récente : En 2013, les activités d'assurance de la PP ont évolué de manière équilibrée : les cotisations des assurés et des employeurs ont augmenté de 2 %, tout comme les prestations sociales, tandis que le produit courant du capital, suivant sa tendance à long terme, continuait de baisser : de 7 %, pour s'établir à 14 milliards de francs, valeur la plus basse depuis 2006. Deux effets particuliers influent sur les comptes 2013 : d'abord, des versements uniques dans de grandes caisses de pension publiques ont fait grimper les versements initiaux des employeurs de 2 milliards de francs à 6 milliards, d'où l'augmentation inhabituelle des recettes totales de la PP, de 7 % **4**. Ensuite, le relevé des frais de gestion de la fortune a été amélioré. Du coup, le montant total affiché à ce titre a doublé, passant à 4 milliards de francs. Cette rupture structurelle est compensée par une correction proportionnelle des valeurs historiques.

- Il comprend également une différence statistique de -5 milliards de francs. Le capital PP des caisses de pension (713 milliards de francs) n'englobe pas le capital PP des assurances-vie (172 milliards de francs).
- Les données relatives aux 1957 institutions de prévoyance (2013) qui fournissent des prestations réglementaires doivent être recueillies et analysées. Les chiffres agrégés de la PP ne sont donc disponibles qu'avec un certain décalage dans le temps.

2 Evolution actuelle de la PP : par rapport à celle du CGAS



CGAS = compte global des assurances sociales

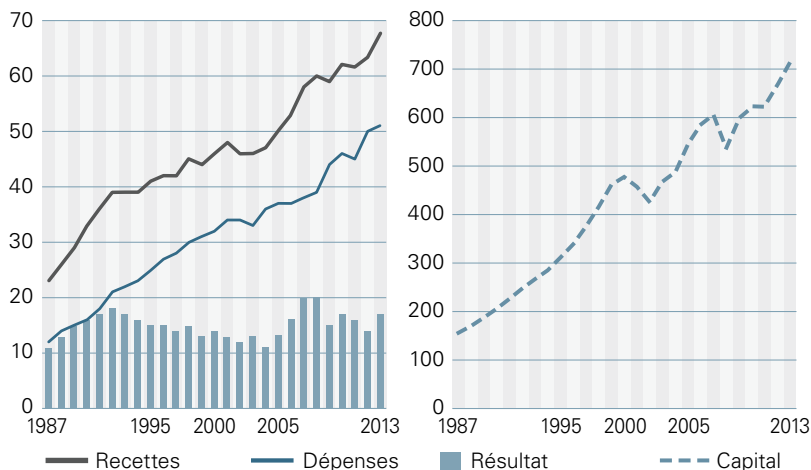
Actuellement (2013) : En 2013, les recettes de la PP ont augmenté de 6,7 % grâce à des versements initiaux dans de grandes caisses de pension publiques. Mais les cotisations des assurés et des employeurs, qui constituent les postes de recettes les plus importants, n'ont augmenté que d'environ 2 %, tout comme les dépenses. Le produit courant du capital a diminué de 7 %. Les dépenses comprennent des frais de gestion de la fortune qui sont désormais relevés de façon plus complète.

Passé récent (2008 à 2013, comparaison avec le CGAS) : Les dépenses de la PP ont augmenté en moyenne de 5,1 %, contre 3,1 % seulement pour celles du CGAS. La forte hausse moyenne des dépenses de la PP est due à la grande progression, en 2012, des autres dépenses (versements en espèces, prestations nettes de libre passage, paiements nets à des assurances). Les recettes de la PP se sont accrues d'un peu moins de 3 %, soit dans la même proportion que celles du compte global (pas sur le graphique).

PP Prévoyance professionnelle

Dernières données disponibles : exercice 2013

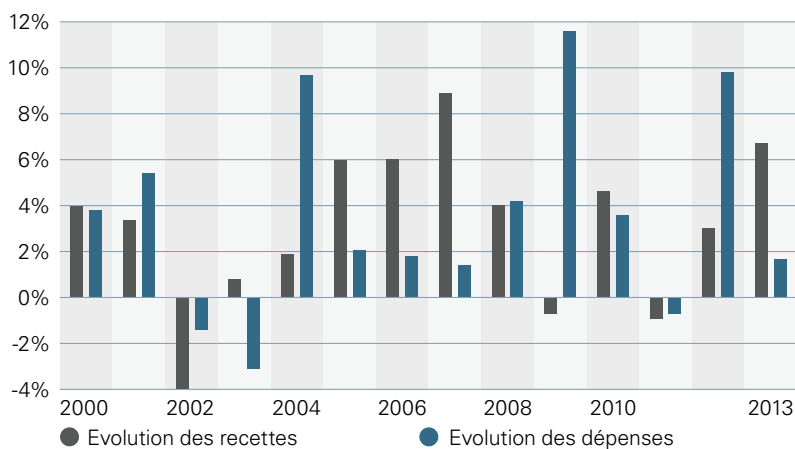
3 Recettes, dépenses, résultats et capital de la PP de 1987 à 2013, en milliards de francs



En 2013, les recettes ont augmenté de 7 %, hausse exceptionnelle due à des versements initiaux (uniques) de grands employeurs publics. Les dépenses 2013 comprennent, pour la première fois, des frais de gestion de la fortune relevés de façon plus complète ; ceux-ci ont été réévalués en conséquence pour les années précédentes. Le résultat des comptes 2013 est de 17 milliards de francs, contre 14 milliards pour 2012.

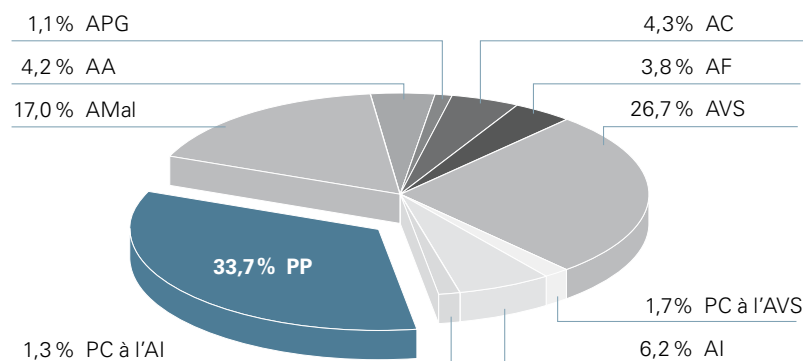
Au cours de deux dernières années, le capital financier des institutions de prévoyance a crû de 92 milliards de francs et dépasse ainsi pour la première fois la barre des 700 milliards. Ce sont principalement les variations de valeur du capital (gains en Bourse) qui ont contribué à ce résultat.

4 Evolution des recettes et des dépenses de la PP de 2000 à 2013 (sans variations de valeur du capital)



Les cotisations salariales et les prestations sociales de la PP ont augmenté de 2 % en 2013. Cette année-là, les institutions de prévoyance de droit public ont dû opter soit pour le système de la capitalisation partielle soit pour celui de la capitalisation complète. Certains cantons et communes ont apporté en une seule fois le refinancement nécessaire, ce qui a pratiquement triplé les versements uniques des employeurs, les faisant passer de 2 à 6 milliards de francs. Du coup, le taux de croissance des recettes totales de la PP a bondi à 7 %.

5 La PP dans le CGAS 2013



Dépenses 2013 : 149,2 mia de fr.

Mesurée à l'aune des dépenses, la PP représente l'assurance sociale la plus importante, avec 33,7 %.

65,8 % des dépenses de la PP ont servi à verser des prestations. Le reste a été affecté à des prestations de sortie (versements en espèces, prestations nettes de libre passage), à des frais administratifs, à des paiements nets à des assurances (assurances-vie principalement) et à des intérêts passifs.

Source : SAS 2015 (parution automne 2015), OFAS, et www.ofas.admin.ch

PP Prévoyance professionnelle

Finances

Finances agrégées 2013 de la PP^{1,2}, régime surobligatoire inclus, en millions de francs

	2012	Variation 2012/2013
Total des recettes	67'682	6,7%
Salariés	17'334	2,3%
Employeurs	25'563	1,5%
Versements initiaux (hors prestations de libre passage)	10'466	77,7%
Produit brut du capital	14'227	-7,0%
Autres recettes	92	-10,2%
Total des dépenses	50'518	1,7%
Rentes	26'549	2,3%
Prestations en capital	6'679	-0,8%
Versements en espèces	733	11,3%
Prestations de libre passage, nettes	6'597	-17,8%
Paiements nets à des assurances	5'724	39,0%
Intérêts passifs	231	18,0%
Dépenses administratives (y c. gestion de fortune)	4'005	0,2%
Résultat des comptes	17'164	24,8%
Variation du capital (y c. résultat des comptes et variations de valeur du capital)	45'200	-3,2%
Capital (apuré des crédits et des hypothèques passives)	712'500	6,8%

1 Estimation de l'OFAS, basée sur la statistique des caisses de pensions de l'OFAS.

2 La Statistique des caisses de pensions 2013 a relevé pour la première fois les frais de gestion de la fortune de façon plus complète.

Source : SAS 2015 (parution fin 2015), OFAS et www.ofas.admin.ch

Réformes

Taux d'intérêt minimal

Le Conseil fédéral a décidé, le 22 octobre 2014, de maintenir le taux d'intérêt minimal dans la prévoyance professionnelle à 1,75 % en 2015. Pour définir ce taux, il faut, en vertu des dispositions légales, tenir compte avant tout du rendement des obligations de la Confédération et de celui des actions, des autres obligations et de l'immobilier. Tandis que les faibles taux d'intérêt des obligations de la Confédération plaidaient contre un relèvement du taux d'intérêt minimal, une baisse n'aurait pas été indiquée au vu de l'évolution favorable des actions et de l'immobilier. La Commission fédérale de la prévoyance professionnelle avait elle aussi recommandé un taux de 1,75 %.

Révision des prescriptions de placement dans la prévoyance professionnelle

Le Conseil fédéral a révisé, le 6 juin 2014, les prescriptions de placement de l'ordonnance sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité (OPP 2). Il impose des exigences plus importantes en matière de sécurité afin de tenir compte des risques particuliers des prêts de valeurs mobilières et des prises en pension de titres. Il tire par ailleurs des leçons de la crise financière, exigeant que les créances classiques soient séparées des produits complexes. La nouvelle réglementation est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2014 et s'applique pour la première fois à l'exercice comptable 2015.

Perspectives

Adaptation des prestations de libre passage lorsque l'assuré a le choix entre plusieurs stratégies de placement

Les caisses de pension qui assurent uniquement la partie du salaire supérieure à 126 900 francs¹ peuvent proposer à leurs assurés le choix entre diverses stratégies de placement dans le cadre d'un même plan de prévoyance. Un assuré peut donc, par exemple, opter pour une stratégie de placement aux rendements plus prometteurs et au risque de pertes plus élevé. Lorsqu'il quitte sa caisse de pension, celle-ci doit lui verser la prestation de sortie minimale prévue par la loi sur le libre passage (LFLP), même si son avoir de prévoyance a perdu de la valeur en raison de la stratégie de placement choisie. Autrement dit, c'est le collectif des assurés restants qui supporte la perte. Le conseiller national Stahl avait déposé une motion le 3 octobre 2008 en vue de résoudre ce problème.

En réponse à la motion 08.3702, le Conseil fédéral a élaboré le message 15.018 concernant une modification de la loi sur le libre passage (droits en cas de choix de la stratégie de placement par l'assuré) et l'a adopté le 11 février 2015. Celui-ci prévoit que les institutions de prévoyance qui proposent différentes stratégies de placement pourront à l'avenir transférer à l'assuré la valeur effective de son avoir de prévoyance au moment de sa sortie de l'institution ou du changement de stratégie de placement. Contrairement à ce que prévoyait l'avant-projet, les institutions de prévoyance ne seraient pas tenues de proposer au moins une stratégie de placement offrant la garantie d'un avoir de libre passage calculé conformément à la LFLP, et il n'est plus proposé non plus d'exiger l'accord du conjoint. Ces changements répondent à des réserves émises lors de la consultation, qui évoquaient le risque de problèmes

¹ Valeur 2015–2016

PP Prévoyance professionnelle

d'application. En revanche, le projet prévoit que les institutions de prévoyance devront proposer au moins une stratégie de placement à faible risque, notion que le Conseil fédéral devra définir au niveau de l'ordonnance.

Rapport sur les coûts de la réglementation

Le rapport commandé par le Conseil fédéral en réponse aux postulats Fournier (10.3429) et Zuppiger (10.3592) fournit une estimation sommaire des coûts engendrés par les réglementations et identifie des possibilités de simplification et de réduction des coûts dans les entreprises. Il contient une première évaluation détaillée des coûts occasionnés par les réglementations étatiques dans des domaines particulièrement importants pour les entreprises. Dans le même contexte, l'OFAS et le SECO avaient commandé en 2010 une étude sur les « Coûts administratifs du 2^e pilier dans les institutions de prévoyance et les entreprises ». En outre, à l'occasion d'un atelier organisé en été 2013, des spécialistes en économie ont procédé à une estimation des coûts engendrés par les réglementations. Le rapport qui en est issu est accessible sur Internet².

L'objectif de ces efforts était d'identifier des mesures qui permettent de simplifier les modalités et les processus et, partant, de réduire les coûts de la réglementation sans pour autant remettre en question leur utilité. Dans la prévoyance professionnelle, deux mesures concrètes ont été identifiées pour réduire les coûts :

- La première consiste à **réduire le nombre d'annonces de modifications salariales en cours d'année**. L'obligation des employeurs de fournir

des renseignements (art. 10 OPP 2) et de signaler les modifications salariales à l'institution de prévoyance occasionne des coûts annuels de l'ordre de 13 millions de francs. Avec un nombre de modifications salariales estimé à 4,4 millions pour 3,6 millions d'assurés actifs, on peut évaluer à 800 000 les annonces de modifications en cours d'année³. Les quelque 800 000 annonces faites dans le courant de l'année engendrent des coûts estimés à près de 2 millions de francs. Le potentiel d'économie dans ce domaine est évalué à 10 %.

- L'autre mesure proposée pour faire baisser les frais de la réglementation est de **réduire le nombre de liquidations partielles dans des cas ne présentant pas de difficulté (cas bagatelle)**. Selon l'étude citée, les 3000 cas annuels de liquidation partielle produiraient des coûts de l'ordre de 26 millions de francs. Cette estimation repose sur l'hypothèse qu'une liquidation partielle occasionne 15 jours de travail en moyenne. Une réduction du nombre de cas ne présentant pas de difficulté serait donc souhaitable, étant donné que ces cas génèrent des coûts disproportionnés pour les entreprises. De ce fait, la réforme Prévoyance vieillesse 2020 propose de compléter l'art. 53d, al. 1, LPP, par une disposition permettant au Conseil fédéral d'édicter des dérogations pour les cas qui ne présentent pas de difficulté lors d'une liquidation partielle ou totale. Considérant le contrôle des coûts de la réglementation comme une tâche permanente, le Conseil fédéral prévoit de tirer en 2015 un bilan de la mise en œuvre des mesures d'amélioration proposées.

2 Le compte rendu de l'atelier sur les coûts de la réglementation dans le 2^e pilier pour les entreprises et l'étude Hornung (en allemand) sont accessibles sur Internet sous www.ofas.admin.ch Pratique Recherche Publications

3 Cette estimation repose sur les résultats de l'étude Hornung, qui estime à 125 % des assurés actifs affiliés à une institution de prévoyance enregistrée le taux de modifications du salaire et/ou du taux d'occupation compte tenu des expériences des institutions de prévoyance et des avis des spécialistes qui ont participé à l'atelier réalisé en 2010.

Protection accrue des personnes ayant droit à des contributions d'entretien.

Le Conseil fédéral a élaboré un avant-projet de modification de la LPP et de la LFLP afin de mieux protéger les personnes ayant droit à des contributions d'entretien. Actuellement, les services de recouvrement ne peuvent pas saisir l'avoir de prévoyance de la personne tenue à entretien avant que ces fonds lui aient été versés par sa caisse de pension. Après le versement en capital, l'avoir tombe dans la fortune de l'assuré. Les services de recouvrement peuvent alors lancer des mesures visant à saisir ces fonds en faveur des enfants et ex-conjoints créanciers d'aliments. Mais dans bien des cas, ils sont informés trop tard du versement en capital, de sorte que la personne tenue à entretien peut faire disparaître ces fonds pour en empêcher la saisie.

L'avant-projet prévoit de résoudre ce problème en permettant aux services de recouvrement d'annoncer les personnes qui persistent à négliger leur obligation d'entretien à leurs institutions de prévoyance ou de libre passage, celles-ci étant alors tenues de les informer à leur tour avant de procéder à un versement sous forme de capital en faveur de ces personnes.

L'avant-projet a été mis en consultation jusqu'au 11 février 2013 et le Conseil fédéral a pris connaissance des résultats de la consultation le 26 mars 2014. Le législateur a intégré les modifications de loi correspondantes dans les travaux menés en 2014 pour le projet 13.101 Code civil (entretien de l'enfant), tenant compte de réserves émises lors de la consultation en apportant diverses précisions. Leur inclusion dans le projet relatif à l'entretien de l'en-

fant a permis de rétablir le lien logique avec d'autres mesures issues du rapport du Conseil fédéral « Harmonisation de l'avance sur contributions d'entretien et de l'aide au recouvrement »⁴. La modification de loi a été décidée le 20 mars 2015 par le Parlement (le délai référendaire échoit le 09.07.2015).

⁴ Le Conseil fédéral a publié ce rapport le 4 mai 2011 en réponse au postulat 06.3003 « Avances et recouvrement des pensions alimentaires. Harmonisation » de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N) (référence : <https://www.news.admin.ch/message/index.html?lang=fr&msg-id=38967>).

AMal Assurance-maladie¹

Dernières données disponibles : exercice 2013

1 Chiffres clés actuels de l'AMal

Recettes 2013	25'189 mio de fr.
Dépenses 2013	25'459 mio de fr.
Résultats 2013	-270 mio de fr.
Compte de capital 2013	12'096 mio de fr.

Primes 2015 (par mois)	
Prime moyenne pour un adulte (franchise ordinaire, avec couverture accidents)	412 fr.
Fourchette des primes (AI 320 fr., BS 533 fr.)	320 fr. à 533 fr.

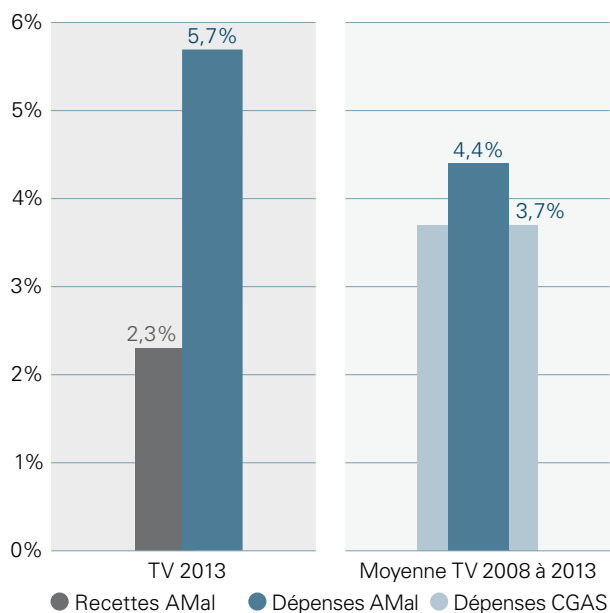
Primes uniques, différenciées par régions de primes et par groupes d'âge : de 0 à 18 ans, de 19 à 25 ans, 26 ans et plus.
Franchise ordinaire : de 0 à 18 ans 0 francs ; 19 ans et plus 300 francs.
Franchises à option allant de 500 à 2500 francs, enfants de 100 à 600 francs.

Prestations Traitement ambulatoire et traitement hospitalier, y c. médicaments, etc., conformément à une liste détaillée exhaustive.	pas de plafond
--	-----------------------

Evolution récente : L'AMal a clos ses comptes 2013 sur un solde négatif de -270 millions de francs, dû au fait que la progression des recettes (2,3 %) a été inférieure à celle des dépenses (5,7 %). La hausse moyenne des primes n'a été que de 1,5 % en 2013. Bien que le nombre d'assurés ait augmenté, les recettes de primes n'ont progressé que de 2,6 %. Côté dépenses, par contre, l'augmentation des prestations payées a été de 8,3 %.

Depuis l'entrée en vigueur de la LAMal en 1996, l'attention se focalise sur les primes. Leur hausse a été importante en 2015 (4 %), après trois années de hausse modérée (2,2 % en 2012 et 2014, 1,5 % en 2013) et deux années de hausse bien plus importante (8,7 % en 2010, 6,5 % en 2011). Les plus fortes hausses moyennes ont été enregistrées en 2002 (9,7 %) et en 2003 (9,6 %). De 1996 à 2015, la variation annuelle a été de 4,7 % en moyenne.

2 Evolution actuelle de l'AMal : par rapport à celle du CGAS



CGAS = compte global des assurances sociales

Actuellement (2013) :

En 2013, l'augmentation des recettes (2,3 %) a été inférieure à celle des dépenses (5,7 %). La faiblesse de la première est due à une croissance modérée des cotisations des assurés (= primes) et au faible rendement du capital. La progression relativement importante des dépenses tient à la forte augmentation des prestations (8,3 %).

Passé récent (2008 à 2013, comparaison avec le CGAS) :

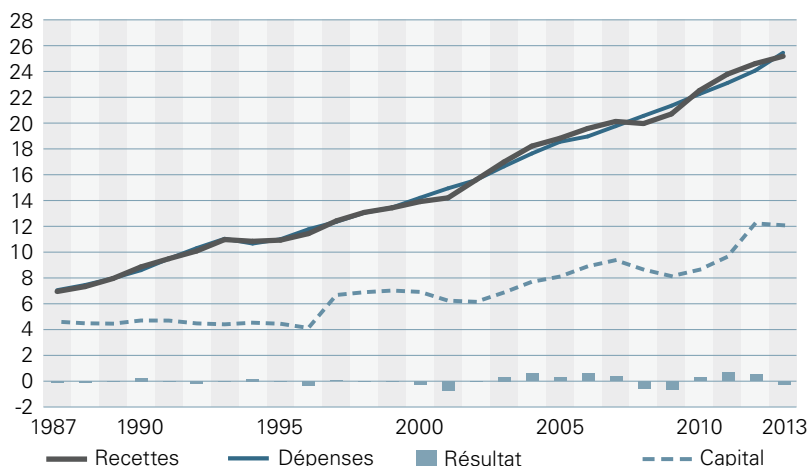
Le taux d'accroissement moyen des dépenses de l'AMal, de 4,4 % entre 2008 et 2013, était supérieur à celui du CGAS (3,7 %). Durant cette période, l'AMal a vu ses dépenses progresser dans une plus forte proportion que celles des autres assurances sociales. Son importance relative s'en est accrue d'autant.

¹ On entend ici uniquement l'assurance obligatoire des soins (AOS).

AMal Assurance-maladie

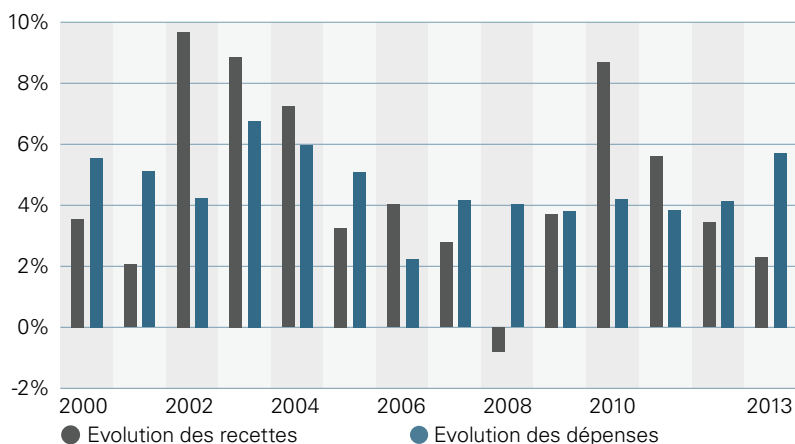
Dernières données disponibles : exercice 2013

3 Recettes, dépenses et capital de l'AMal de 1987 à 2013, en milliards de francs



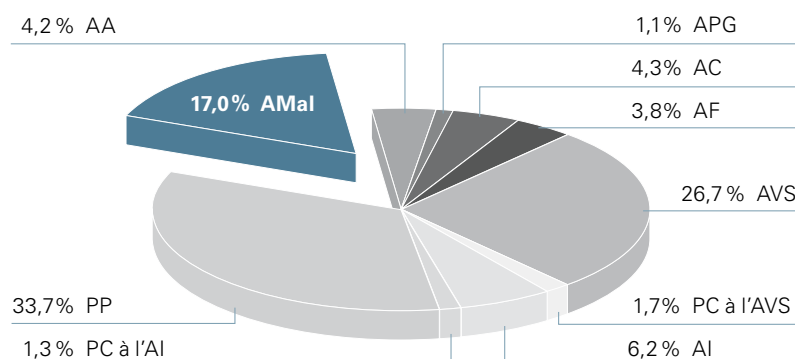
Le fait que les recettes et les dépenses de l'AMal suivent une courbe presque identique reflète le mode de financement de l'assurance (par répartition). En 2013, les dépenses de l'AMal ont été supérieures aux recettes. Le résultat positif des variations de valeur du capital n'a pas suffi à compenser le résultat négatif des comptes. De ce fait, le capital a légèrement fondu, pour s'établir à 12,1 milliards de francs.

4 Evolution des recettes et des dépenses de l'AMal de 2000 à 2013



Le taux de croissance des recettes diminue depuis 2010. Cela est dû à une baisse des recettes de primes et à la faiblesse du rendement du capital. La progression des dépenses, qui était de 4 % de 2007 à 2012, a atteint 5,7 % en 2013. Leur évolution dépend de celle des prestations payées.

5 L'AMal dans le CGAS 2013



Dépenses 2013 : 149,2 mia de fr.

A l'aune des dépenses, l'AMal vient en troisième position des assurances sociales, avec 17,0 %. En 2013, ces dépenses ont été affectées à des prestations à raison de 95,2 %.

Source : SAS 2015 (parution automne 2015), OFAS, et www.ofas.admin.ch

AMal Assurance-maladie

Finances

Finances agrégées de l'AMal en 2013, en millions de francs

	2013	Variation 2012/2013
Total des recettes¹	25'189,3	2,3%
Cotisations des assurés	20'857,0	2,6%
Contributions des pouvoirs publics	4'035,6	1,0%
Charges et produits neutres ¹	296,7	3,1%
Total des dépenses	25'458,9	5,7%
Prestations payées	24'031,4	8,3%
Autres charges d'assurance ²	118,8	15,0%
Versements aux réassureurs, nets	5,4	22,2%
Compensation des risques	-48,8	-227,7%
Variation provisions pour cas d'assurance non liquidés	89,3	-81,9%
Charges d'exploitation	1'262,8	1,7%
Résultat des comptes (avant constitution de provisions et de réserves)	-269,6	-149,8%
Variation du capital	-145,1	-105,6%
Capital	12'096,1	-1,2%
dont réserves	6'362,2	-2,2%

1 Hors réévaluations. Dans le compte global, en effet, les réévaluations (variation de valeur du capital) ne figurent pas en tant que recettes. 2 Examens et certificats médicaux, etc.

Source : SAS 2015 (parution fin 2015, AMal 4)

Chiffres relatifs à la structure de l'AMal

	2012	2013
Assureurs LAMal (proposant l'AOS)	61	60
Nombre d'assurés	7'999'269	8'091'590
– avec franchise ordinaire	2'006'966	1'900'394
– avec franchise à option	1'379'117	1'283'591
– avec assurance avec bonus	5'002	4'813
– avec choix limité des fournisseurs de prestations	4'608'184	4'902'792
Nombre d'assurés mis aux poursuites	449'053	362'218
– pour des primes d'un montant total de millions de fr.	920	742
Nombre d'assurés sanctionnés par suspension des prestations	54'476	20'555
– pour des primes d'un montant total de millions de fr.	115	53
Nombre d'assurés au bénéfice d'une réduction de primes	2'308'013	2'253'279
Montant total des réductions de primes en millions de fr.	3'968	4'015

Source : OFSP, Statistique de l'assurance-maladie obligatoire

Réformes

Mise en œuvre de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier

La révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) dans le domaine du financement hospitalier est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009. Etant donné que les forfaits par cas dans le domaine hospitalier prévus à l'art. 49, al. 1, LAMal sont basés sur des structures uniformes pour l'ensemble de la Suisse, il appartient au Conseil fédéral en tant qu'autorité d'approbation de vérifier que les structures tarifaires qui lui sont soumises sont conformes à la loi et à l'équité et qu'elle satisfont au principe d'économie (art. 46, al. 4, LAMal). Le 28 novembre 2014, le Conseil fédéral a approuvé la nouvelle version de la structure tarifaire Swiss-DRG. Celle-ci tient compte pour la première fois des coûts d'utilisation des immobilisations, appareils techniques par exemple. Ces coûts expriment le niveau des investissements requis pour fournir un traitement donné. Par ailleurs, le nombre des remboursements hors forfaits, appelés rémunérations supplémentaires, a augmenté. La version 4.0 comprend de nouvelles rémunérations supplémentaires pour certains médicaments et pour des prestations thérapeutiques particulières, par exemple pour les soins palliatifs.

L'obligation pour les cantons d'établir une planification hospitalière est inscrite dans la loi depuis l'entrée en vigueur de la LAMal le 1^{er} janvier 1996. La révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier fait obligation au Conseil fédéral d'édicter, après consultation des cantons, des fournisseurs de prestations et des assureurs, des critères uniformes de planification hospitalière basés sur la qualité et l'économicité. Le Conseil fédéral a rempli cette obligation par l'édiction des art. 58a à 58e de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal ; RS 832.102). Les cantons,

pour leur part, étaient tenus de revoir leurs planifications avant la fin 2014 et d'établir une planification conjointe dans le domaine de la médecine hautement spécialisée.

Evaluation de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier (compensation des risques comprise)

Le Conseil fédéral a accordé, le 25 mai 2011, les fonds destinés à une évaluation de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier. Des études scientifiques seront menées entre 2012 et 2018 dans six domaines thématiques. En 2015, à mi-parcours, les besoins de connaissances restants et les possibilités de mise en œuvre seront réexaminés. Les résultats et les enseignements tirés des études achevées à fin 2014 ont été regroupés dans un rapport sur la première étape de l'évaluation. En raison des données disponibles, les études n'ont pu porter en règle générale que sur l'évolution jusqu'en 2012, première année de mise en œuvre du nouveau régime de financement des hôpitaux. En résumé, les résultats sont les suivants :

- Le nouveau régime de financement a amélioré la transparence du système. En particulier, les prestations des hôpitaux de soins somatiques aigus peuvent mieux être comparées entre elles et le financement dual fixe permettra à moyen terme d'améliorer nettement les comparaisons de coûts concernant les prestations LAMal.
- L'objectif de maîtriser les coûts dans le secteur hospitalier (non ambulatoire) et pour l'AOS n'a pas encore pu être atteint en 2012. Cependant, sans la réglementation transitoire et sans l'inclusion des coûts d'utilisation des immobilisations dans les forfaits liés aux prestations, la croissance des coûts à la charge de l'AOS aurait été bien plus faible.

AMal Assurance-maladie

- La révision n'a pas eu pour l'heure d'effets substantiels sur la qualité des prestations hospitalières ni sur l'interface entre les soins somatiques aigus et les prestations fournies en aval.
- Les conditions générales d'une planification hospitalière axée sur l'efficacité et la qualité et celles d'une concurrence accrue entre les hôpitaux sont certes réunies, mais leur mise en œuvre diffère d'un canton à l'autre.
- Il existe des indices que la concurrence entre les hôpitaux s'est intensifiée sous l'effet d'une conscience accrue des coûts. Dans le même temps, les hôpitaux ont adopté diverses mesures pour améliorer la qualité des prestations.
- La compensation plus fine des risques a amélioré la solidarité entre bien portants et malades et réduit les incitations pour les assureurs à sélectionner les risques.

Les résultats obtenus donnent de premières indications, mais ne permettant pas de tirer des conclusions définitives sur les effets de la révision de la LAMal dans les domaines examinés. Ainsi, le Conseil fédéral a confirmé, par décision du 13 mai 2015, la poursuite de l'étude, prévue jusqu'en 2018.

Pilotage du domaine ambulatoire

Le 1^{er} juillet 2013, la limitation de l'admission à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins a été réintroduite pour une durée de trois ans. L'ordonnance d'exécution est entrée en vigueur le 5 juillet 2013. Cette mesure a permis de stabiliser la situation, le temps de préparer un projet de révision applicable et satisfaisant à long terme. Le 18 février 2015, le Conseil fédéral a approuvé le message et le projet de modification de la loi concernant le pilotage du domaine ambulatoire. Le projet de réforme prévoit que les cantons peuvent intervenir lorsque l'offre en soins est excédentaire, mais aussi lorsqu'elle est insuffisante. Dans le premier cas, ils peuvent limiter l'admission des nouveaux fournisseurs de prestations à pratiquer à charge de l'assurance obliga-

toire des soins, sur tout ou partie de leur territoire. L'admission peut par ailleurs être liée à certaines conditions. Si par contre l'offre est insuffisante, les cantons peuvent prendre les mesures qu'ils jugent adéquates. Là aussi, des conditions peuvent être définies. L'offre adéquate doit être préalablement évaluée et toutes les mesures envisagées par le canton soumises à une commission multipartite, composée des fournisseurs de prestations, des assureurs et des patients. La commission prend position sur l'évaluation de l'offre et émet une recommandation sur les mesures. Si le canton s'écarte de celle-ci, il doit le justifier. Les travaux parlementaires débutent au Conseil national. L'objectif est que le projet puisse entrer en vigueur à l'échéance de la limitation des admissions le 30 juin 2016.

Mesures dans le domaine des médicaments

Chaque année depuis 2012, un tiers des médicaments figurant sur la liste des spécialités sont réexaminés dans le cadre du réexamen triennal des conditions d'admission (respect des critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité). Si ce contrôle aboutit au constat que le prix maximal en vigueur est trop élevé, l'OFSP ordonne une baisse de prix appropriée pour le 1^{er} novembre. Cette procédure a permis de réaliser pour la période de 2012 à 2014 des économies supplémentaires de plus de 600 millions de francs par an.

Le 22 août 2012, le Conseil fédéral a en outre proposé d'accepter le postulat 12.3614 Schenker et le point 3 du postulat 12.3396 « Adaptation du système de formation du prix des médicaments », acceptant ainsi d'examiner dans quelle mesure le dit système pourrait être adapté à partir de 2015. Par ailleurs, la Commission de gestion du Conseil des Etats (CdG-E) a constaté, dans son rapport du 25 mars 2014, que la procédure d'admission des médicaments dans la liste des spécialités et de réexamen de ceux qui y figurent présentait toujours divers points faibles, malgré les améliorations

apportées par le Conseil fédéral. Elle a de ce fait adressé à ce dernier plusieurs recommandations et mandats d'examen.

Le Conseil des Etats a accepté et transmis, le 13 juin 2014, les trois postulats de sa commission (14.3295, « Admission et réexamen des médicaments figurant sur la liste des spécialités » (1) ; 14.3296, « Admission et réexamen des médicaments figurant sur la liste des spécialités » (2) ; 14.3297, « Admission et réexamen des médicaments figurant sur la liste des spécialités » (3)). L'OFSP a élaboré des modifications d'ordonnance dans le cadre ainsi défini, tenant compte à la fois des requêtes du Parlement et des avis exprimés par les acteurs concernés à l'occasion des trois tables rondes tenues en 2012 et 2013 ainsi que lors de l'audition. Les mesures proposées visent un gain d'efficacité par une simplification des processus, une amélioration de la qualité dans l'évaluation du rapport coût-bénéfice, une amélioration de la transparence dans les décisions, ainsi qu'une stabilisation de la croissance des coûts des préparations originales. Les modifications d'ordonnance correspondantes ont été adoptées le 29 avril 2015 par le Conseil fédéral et le DFI. Elles sont entrées en vigueur le 1^{er} juin. Le Conseil fédéral a chargé en outre le DFI d'élaborer un système de prix de référence pour les médicaments dont le brevet est échu. Dans ce nouveau système, l'OFSP fixe pour un principe actif un prix maximal qui constitue un plafond de prise en charge pour l'assurance obligatoire des soins. Le Conseil fédéral juge qu'un tel changement de système est opportun, car les mesures prises jusqu'ici n'ont pas permis d'exploiter pleinement le potentiel d'économies escompté, comme l'a démontré le monitoring des mesures décidées en 2011 dans ce domaine (quote-part différenciée agencée de façon plus souple et adaptation de la règle relative à l'écart entre les prix).

Mesures dans le domaine de la liste des analyses

La liste des analyses (LA) révisée est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2009. Le projet « transAL », pour « Transformation de la liste des analyses », a été lancé en 2011. Il vise principalement, par un remaniement de la structure de la LA, à en assurer la stabilité et à en faciliter l'entretien. Dans le cadre du masterplan « Médecine de famille et médecine de base », il a été décidé d'anticiper une partie du projet. Il avait été prévu, à l'origine, d'y intégrer pour le 1^{er} juillet 2013 un chapitre consacré aux analyses rapides. Ces analyses, qui doivent, comme toutes les analyses réalisées par les laboratoires de cabinets médicaux, être réalisées en présence du patient, devraient être facturées à un tarif plus élevé en raison de la rapidité avec laquelle les résultats sont disponibles. Mais en raison des longues discussions avec les acteurs concernés au sujet de la tarification, la mise en vigueur de ce chapitre a pris du retard. Par voie de conséquence, le supplément de transition a été prolongé jusqu'au 31 décembre 2014 et, simultanément, porté à 1,9 point dans le cadre des efforts déployés par le Conseil fédéral pour revaloriser la médecine de famille. Cette mesure a permis de réaliser rapidement l'amélioration de la situation financière des laboratoires de cabinet médical, décidée par le chef du DFI, à hauteur d'environ 35 millions de francs par année. Le nouveau chapitre « Analyses rapides », qui comprend un tarif plus élevé pour 33 analyses de laboratoire, est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2015, prenant comme prévu le relais du supplément de transition.

Stratégie de la Confédération en matière de qualité dans le système de santé

Le Conseil fédéral a approuvé, le 28 octobre 2009, la Stratégie fédérale en matière de qualité dans le système de santé et, le 25 mai 2011, le rapport sur la concrétisation de cette stratégie. Le 14 mai 2014, il a ouvert la procédure de consultation sur le projet de loi fédérale sur le centre pour la qualité dans l'assurance obligatoire des soins (renforcement de la qualité et de l'économicité). La création d'un tel centre doit permettre d'élaborer des documents de référence dans le domaine de la qualité, de formuler des propositions pour de nouveaux indicateurs de qualité, de mettre en œuvre des projets et des programmes nationaux d'amélioration, d'esquisser et de réaliser des projets de recherche, d'établir ou de commander des rapports d'évaluation dans le domaine du réexamen des prestations (*Health technology assessments*, HTA), de repérer à temps les innovations (*horizon scanning*) et de les évaluer, et de perfectionner la méthodologie pertinente. Les résultats de la consultation montrent qu'une amélioration de la qualité, un rôle moteur plus marqué de la Confédération ainsi qu'un engagement accru de celle-ci dans le domaine des HTA sont généralement souhaités et bienvenus. Une nette majorité s'est également exprimée en faveur d'un rôle plus actif dans le domaine de la garantie de la qualité. Les avis étaient par contre moins unanimes en ce qui concerne la forme qui permettrait d'obtenir une amélioration de la qualité et de l'économicité. La nécessité de renforcer les HTA n'a pas été contestée, non plus que la compétence de la Confédération dans ce domaine. Au vu des résultats de la consultation, le DFI a jugé nécessaire d'élaborer des alternatives à la solution du centre pour la qualité, de formuler des propositions d'intégration plus poussée des acteurs concernés, et de les discuter avec quelques-uns de ces derniers lors d'une table ronde qui s'est tenue le 18 décembre 2014. Cette discussion n'a porté que sur la partie relative à la quali-

té. Après avoir pris connaissance, le 13 mai 2015, des résultats de la consultation et des discussions qui ont suivi, le Conseil fédéral a décidé d'écarter l'idée d'un centre pour la qualité et de privilégier la piste d'une meilleure coordination des activités déjà menées dans le domaine de la qualité, au sein d'un réseau, et d'une extension de ces activités. Le projet correspondant devrait être élaboré d'ici fin 2015. Le thème des HTA sera approfondi séparément par l'OFSP, qui étendra ses activités, commandera des rapports et coordonnera les travaux dans ce domaine. Cela ne nécessite pas de modifications de loi.

Les premiers programmes pilotes nationaux (sécurité en chirurgie, sécurité de la médication et réduction des infections nosocomiales), financés par la Confédération, sont réalisés par la Fondation sécurité des patients Suisse (auparavant : Fondation pour la sécurité des patients). Les préparatifs du programme « La sécurité en chirurgie » ont débuté fin 2012, et le projet d'approfondissement avec les établissements pilotes intéressés a démarré en septembre 2013. Il s'agit de développer avec ces derniers une plateforme d'amélioration s'ajoutant aux instruments et documents mis à la disposition de tous les fournisseurs de prestations concernés. Le programme « La sécurité de la médication aux interfaces », lancé en 2014, vise à éviter les erreurs de médication à l'entrée et à la sortie des hôpitaux. Enfin, le programme pilote « Réduction des infections nosocomiales », qui doit démarrer fin 2015, vise à réduire le nombre d'infections associées à la pose de sondes vésicales.

Stratégie pour les maladies rares

Le 15 octobre 2014, le Conseil fédéral a adopté le concept national maladies rares, qui s'inscrit dans sa stratégie politique Santé2020, et il a mandaté le Département fédéral de l'intérieur (DFI) pour élaborer un plan de mise en œuvre. Le concept national maladies rares définit sept objectifs spéci-

fiques et 19 mesures concrètes pour les atteindre. Ces mesures incluent la désignation de centres de référence, la mise en place de coordinateurs dans les cantons et les hôpitaux, l'établissement de procédures standardisées, la révision de la liste des maladies congénitales, ainsi que le financement de plateformes d'information, de la diffusion d'information, du soutien aux proches aidants, de la formation et de la recherche. Dans le plan de mise en œuvre, les 19 mesures définies dans le concept sont regroupées dans quatre projets. Pour chaque projet, un groupe de travail est constitué, dont le rôle (objectifs, délais, etc.) est défini dans le plan. Comme le concept national maladies rares, le plan de mise en œuvre a été élaboré sur une base participative, notamment dans le cadre d'un atelier auquel les acteurs concernés ont été conviés. Ce plan de mise en œuvre a été adopté par le Conseil fédéral le 13 mai 2015. La phase de mise en œuvre s'étend sur trois ans. Certains projets ont déjà débuté fin 2014 et d'autres se mettront en place lors du 1^{er} trimestre de 2015.

Mise en œuvre de la nouvelle compétence subsidiaire du Conseil fédéral pour l'adaptation de structures tarifaires

L'art. 43, al. 5^{bis}, LAMal, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2013, donne au Conseil fédéral la compétence de procéder à des adaptations de la structure d'un tarif à la prestation si celle-ci s'avère inappropriée et que les parties ne peuvent s'entendre sur une révision de la structure.

Dans le domaine de TARMED (tarif applicable aux prestations médicales ambulatoires), étant donné que les partenaires tarifaires ne sont pas parvenus à s'accorder sur les adaptations nécessaires dans le délai imparti (puis prolongé) par le DFI, le Conseil fédéral a décidé de faire usage de sa compétence subsidiaire et il a fait élaborer un projet d'ordonnance sur l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie en application de l'art. 43,

al. 5^{bis}, LAMal. L'audition relative à ce projet a pris fin le 3 février 2014. L'ordonnance, approuvée par le Conseil fédéral le 20 juin 2014, est entrée en vigueur le 1^{er} octobre 2014. Afin de donner davantage de poids aux prestations médicales intellectuelles par rapport aux prestations techniques tout en améliorant la situation financière des médecins de premier recours, l'ordonnance prévoit une position de supplément pour les prestations de médecine de famille au cabinet médical (fournies par des médecins détenteurs des titres « médecine interne générale », « pédiatrie » ou « médecin praticien »). Dans le même temps, l'évaluation des points des prestations techniques (PT) pour les positions tarifaires de treize chapitres a été réduite linéairement. L'ordonnance a été publiée trois mois environ avant son entrée en vigueur, afin que les partenaires tarifaires soient informés à temps et puissent adapter leurs systèmes de décompte. Néanmoins, plusieurs parties ont déposé en juillet 2014 un recours au Tribunal administratif fédéral ainsi qu'au Tribunal fédéral pour demander l'abrogation de l'ordonnance. L'argument invoqué est que la décision prise par le Conseil fédéral consisterait en une décision et non en une ordonnance. Dans son arrêt rendu le 23 octobre 2014, le Tribunal administratif fédéral a décidé de ne pas entrer en matière, car l'ordonnance d'adaptation contestée doit être qualifiée d'ordonnance et non de décision ; de ce fait, le recours déposé contre elle n'est pas admissible. Le Tribunal fédéral a lui aussi décidé, dans son arrêt rendu le 7 novembre 2014, de ne pas entrer en matière sur le recours.

Un objectif essentiel visé par cette ordonnance est que les adaptations apportées à TARMED soient neutres en termes de coûts. C'est pourquoi il est prévu de déterminer au moyen d'un monitoring l'évolution des coûts induite par l'ordonnance pour l'assurance obligatoire des soins. Compte tenu des données disponibles, ce monitoring pourra débuter à la mi-août 2015 au plus tôt.

AMal Assurance-maladie

Amélioration de la compensation des risques

L'Assemblée fédérale a adopté, le 21 mars 2014, une modification de la LAMal par laquelle la compensation des risques est désormais inscrite dans la loi sans limitation dans le temps et qui confère au Conseil fédéral la compétence de définir, par voie d'ordonnance, outre l'âge et le sexe, d'autres indicateurs de morbidité appropriés pour la compensation des risques. Se fondant sur cette base légale, le Conseil fédéral a adopté dès le 15 octobre 2014 une modification de l'ordonnance sur la compensation des risques (OCoR ; RS 832.112.1). Aux indicateurs déjà compris dans la formule de compensation – âge, sexe et séjour dans un hôpital ou un EMS au cours de l'année précédente –, le Conseil fédéral en a ajouté un nouveau, à savoir les coûts de médicaments au cours de l'année précédente. Si les prestations brutes pour les médicaments dépassent 5000 francs, elles sont prises en compte dans la compensation des risques. Les assureurs-maladie doivent recueillir les données pertinentes dès l'année 2015 ; celles-ci auront un effet sur la compensation des risques dès l'année 2017. La nouvelle formule constitue une solution transitoire pour deux ou trois ans. Elle permet de déceler des assurés générant des coûts importants même s'ils n'ont pas séjourné dans un hôpital ou un EMS au cours de l'année précédente, et elle réduit encore l'incitation à la sélection des risques.

A terme, la volonté du Conseil fédéral est d'intégrer dans la formule de la compensation des risques l'indicateur « groupes de coûts pharmaceutiques ». Cela exige de vastes préparatifs, qui sont déjà en cours. Il faut, entre autres, adapter à nouveau l'OCoR, établir un système de classification des médicaments et définir le mode de calcul. Le nouvel indicateur devrait entrer en application pour la compensation des risques 2019 ou 2020.

Correction des primes

Le 21 mars 2014, le Parlement a adopté une modification de la LAMal concernant la correction des primes. Le montant total à compenser, qui s'élève à 800 millions de francs, est financé à parts égales par trois sources différentes :

- les assurés domiciliés dans les cantons dans lesquels, entre 1996 et 2013, des primes ont été payées en insuffisance, versent un supplément de prime. Ce dernier finance la diminution de prime que reçoivent les assurés domiciliés dans les cantons dans lesquels, durant la même période, des primes ont été payées en trop. La somme de toutes les diminutions de prime s'élève à 266 millions de francs. Le supplément de prime annuel équivaut au maximum au montant redistribué au titre du produit des taxes d'incitation ;
- les assureurs versent dans un fonds spécial un montant de 33 francs par assuré. Leur contribution s'élève ainsi à 266 millions de francs. Ils la financent soit en prélevant en 2016 un supplément unique de prime, soit au moyen de leurs réserves si celles-ci sont excessives ;
- la Confédération verse dans ce même fonds spécial un montant de 266 millions de francs en trois tranches égales, chaque année au mois de janvier.

Le fonds spécial, géré par l'Institution commune LAMal, est distribué chaque année aux assureurs afin que ceux-ci versent aux assurés domiciliés dans les cantons dans lesquels des primes ont été payées en trop entre 1996 et 2013 une diminution de prime et un remboursement de primes.

La modification de la LAMal et l'ordonnance d'exécution (ordonnance sur la correction des primes), adoptée par le Conseil fédéral le 12 septembre 2014, sont entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2015 et ont effet jusqu'au 31 décembre 2017.

Loi fédérale sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale (LSAMal)

Le 26 septembre 2014, le Parlement a adopté la loi fédérale sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale (LSAMal), qui a pour but de protéger les intérêts des assurés et de garantir la transparence de l'assurance-maladie sociale et la solvabilité des assureurs. La surveillance est renforcée en particulier dans les domaines suivants :

- *Financement*

Les dispositions actuelles relatives aux réserves et au placement de la fortune des assureurs sont reprises dans une large mesure. Les réserves doivent être calculées pour chaque assureur par rapport aux risques actuariels, aux risques de marché et aux risques de crédit auxquels il est exposé. Les assureurs doivent désormais constituer une fortune liée de l'assurance-maladie sociale pour garantir les obligations découlant des rapports d'assurance et des contrats de réassurance qu'ils ont conclus.

- *Approbation des primes et compensation des primes encaissées en trop*

La LSAMal définit des critères pour l'approbation des primes. Celles-ci doivent couvrir les coûts sans les dépasser de manière inappropriée et ne pas entraîner des réserves excessives. Si l'OFSP n'approuve pas les primes d'un assureur, il doit ordonner les mesures à prendre.

Si, dans un canton, un assureur a prélevé des primes nettement plus élevées que les coûts, il a la possibilité de rembourser la part des primes encaissée en trop.

- *Gestion d'entreprise et révision*

Les organes dirigeants des assureurs doivent jouir d'une bonne réputation et offrir la garantie d'une activité irréprochable. Le Conseil fédéral a la compétence de fixer les qualifications professionnelles qu'ils doivent posséder. Les assureurs

doivent mettre en place une gestion des risques et un système de contrôle interne efficaces.

- *Surveillance et mesures conservatoires*

Les compétences de l'OFSP en matière de surveillance sont élargies. Il peut notamment interdire à un assureur de disposer librement de ses actifs, révoquer un membre d'un organe dirigeant, ordonner la réalisation d'un plan de financement ou d'assainissement, confier à un tiers la mise en œuvre d'une mesure de surveillance et surveiller les transactions passées entre un assureur et d'autres entreprises.

- *Dispositions pénales*

Les peines encourues sont augmentées pour être adaptées aux circonstances actuelles.

Il est prévu que la LSAMal et son ordonnance d'exécution, qui est en cours d'élaboration, entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2016.

Initiative populaire « Pour une caisse publique d'assurance-maladie »

Lors de la votation du 28 septembre 2014, le peuple suisse a rejeté l'initiative « Pour une caisse publique d'assurance-maladie » (13.079). Celle-ci demandait que la Confédération mette sur pied une institution nationale unique de droit public chargée d'appliquer l'assurance-maladie sociale et composée d'agences cantonales ou intercantionales.

Perspectives

Health Technology Assessment (HTA)

Les principes d'application des HTA dans la procédure de désignation des prestations et la création de structures nationales appropriées ont été intégrés dans le projet législatif de renforcement de la qualité et de l'économicité qui a été mis en consultation de mai à septembre 2014. Le Conseil fédéral répondait de la sorte aux recommandations formulées le 26 janvier 2009 par la Commission de gestion du Conseil national (CdG-N) dans le cadre de l'inspection « Détermination et contrôle des prestations médicales dans l'assurance obligatoire des soins » ainsi qu'à deux motions transmises par le Parlement (10.3353 Commission de la sécurité sociale et de la santé publique CE « Garantie de la qualité AOS » et 10.3451 Groupe libéral-radical « Pour une véritable agence nationale de Health Technology Assessment »). En parallèle à sa décision de principe du 13 mai 2015, le Conseil fédéral a chargé le DFI d'élaborer une solution consistant en la mise en place d'une unité HTA au sein de l'OFSP et de lui soumettre pour décision, d'ici mai 2016, une proposition relative aux ressources nécessaires à cette mise en place.

Médecines complémentaires

Le 17 mai 2009, le peuple et les cantons ont adopté un nouvel article constitutionnel (art. 118a Cst. [RS 101]) en vertu duquel la Confédération et les cantons sont tenus de pourvoir, dans les limites de leurs compétences, à la prise en compte des médecines complémentaires. Actuellement et jusqu'à fin 2017, l'assurance obligatoire des soins (AOS) prend en charge à titre provisoire les prestations de médecine anthroposophique, d'homéopathie, de phytothérapie et de médecine traditionnelle chinoise, à certaines conditions et jusqu'à leur évaluation. A l'avenir, certaines disciplines de médecine complémentaire devraient être mises sur un pied d'égalité avec les autres disciplines médicales dont les prestations sont prises en charge par l'AOS. Ainsi, le principe de confiance s'appliquerait à elles aussi et leurs prestations seraient en règle générale remboursées par l'AOS. Il reste encore à préciser la manière dont les critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité définis dans la LAMal seront appliqués aux médecines complémentaires. A cette fin, le DFI et l'OFSP ont invité les milieux concernés à prendre part à l'élaboration des critères et des processus. Le groupe de travail est constitué et les séances prévues ont eu lieu. Les travaux devraient être achevés au printemps 2015 et seront suivis des préparatifs de l'adaptation des bases légales. L'entrée en vigueur de cette nouvelle réglementation est prévue pour le 1^{er} janvier 2017. Il n'y aura pas d'interruption de la prise en charge des prestations de médecines complémentaires à la charge de l'assurance-maladie obligatoire.

Evaluation du nouveau régime de financement des soins

Les Chambres fédérales ont adopté, le 13 juin 2008, le nouveau régime de financement des soins, qui concerne l'assurance-maladie, l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) ainsi que les prestations complémentaires (PC). Ces modifications de lois et les ordonnances fédérales d'exécution sont entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2011. Le nouveau régime règle la répartition des coûts des soins et leur prise en charge par l'AOS, les assurés et les cantons. Ses effets feront l'objet d'une évaluation, comme le prévoit l'art. 32 OAMal. En vue de cette évaluation, l'OFSP a commandé une étude qui lui a été remise début 2015. Celle-ci constitue la base de l'évaluation proprement dite, qui démarrera au second semestre 2015.

Stratégie pour les soins de longue durée

Le postulat 12.3604 du 15 juin 2012 charge le Conseil fédéral de soumettre au Parlement un rapport sur une stratégie pour les soins de longue durée, dans lequel il présentera une analyse actuelle des défis qu'une telle stratégie implique de relever, qu'ils soient politiques, financiers, relatifs au marché de l'emploi, infrastructurels ou sociétaux ; il examinera les objectifs et les tâches qui incomberaient aux pouvoirs publics ; il exposera en les évaluant les différentes mesures et options possibles ; et il indiquera les modifications législatives auxquelles il y aurait lieu le cas échéant de procéder. Le terme de « soins de longue durée » s'oppose à celui de soins aigus, pour lesquels les hôpitaux sont compétents au premier chef. Il englobe les soins à domicile et les soins en EMS, qu'ils soient somatiques ou psychiatriques. La stratégie du Conseil fédéral pour les soins de longue durée doit s'inscrire dans le contexte du développement de l'ensemble du système des assurances sociales et prendre en compte l'évolution dans le domaine des professions médicales et des professions de la santé. Le rapport du Conseil fédéral devrait être prêt fin 2015.

Remboursement de médicaments dans des cas particuliers

L'OFSP a évalué entre juillet et décembre 2013 la mise en œuvre des art. 71a et 71b OAMal, qui prévoient la prise en charge, dans des cas particuliers, de médicaments ne figurant pas dans la liste des spécialités, ou utilisés pour d'autres indications que celles autorisées. Les résultats de l'évaluation montrent que cette réglementation a abouti, jusqu'à un certain point, à une uniformisation de la procédure chez les assureurs et les services de médecins-conseils, ainsi qu'à une accélération des prises de décision, mais ils indiquent aussi qu'un potentiel d'amélioration subsiste dans certains domaines. Un groupe de travail s'est penché, au 1^{er} semestre 2015, sur la manière de standardiser les processus. Pour améliorer et accélérer la mise en œuvre, il importe en particulier d'uniformiser les formulaires de garantie de prise en charge, d'utiliser systématiquement les nouveaux instruments mis au point pour l'évaluation du bénéfice thérapeutique et de documenter les évaluations de cas particuliers. Par ailleurs, des discussions seront menées avec des assureurs-maladie et des représentants de l'industrie pharmaceutique en vue de trouver des solutions pour le remboursement. Les travaux relatifs à une révision d'ordonnances en ce sens débiteront au 2^e semestre 2015.

Modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (adaptation de dispositions ayant une portée internationale)

Le Conseil fédéral a procédé, du 15 octobre 2014 au 15 février 2015, à une consultation auprès des milieux intéressés concernant une modification de la LAMal (adaptation de dispositions ayant une portée internationale). Le projet comprend les éléments suivants.

- *Coopération transfrontalière*

Depuis 2006, des projets pilotes pour la prise en charge de prestations à l'étranger dans des

AMal Assurance-maladie

zones frontalières peuvent être menés pour une durée limitée en vertu de l'art. 36a OAMal. Les projets pilotes menés dans les régions de Bâle/Lörrach et de Saint-Gall/Liechtenstein ayant fait leurs preuves, le Conseil fédéral propose de rendre ce type de coopération durablement possible dans les zones frontalières.

- Prise en charge des frais de traitement hospitalier en Suisse d'assurés qui résident dans un Etat de l'UE/AELE et qui sont assurés en Suisse.*
Le Conseil fédéral propose d'obliger les cantons à prendre en charge, en cas de traitement hospitalier en Suisse, la part cantonale pour les assurés UE/AELE ayant un lien actuel avec la Suisse (par ex. frontaliers et membres de leur famille) comme pour les assurés qui résident en Suisse. Pour ceux de ces assurés qui n'ont pas de lien actuel avec la Suisse (rentiers et membres de leur famille), les cantons assumeraient collectivement cette part cantonale, proportionnellement à leur population.
- Conséquences du non-paiement des primes et des participations aux coûts par les assurés qui résident dans un Etat de l'UE/AELE*
Il importe de créer une base légale suffisante pour les règles différenciées existant déjà à l'art. 105m OAMal, qui portent sur les conséquences du non-paiement des primes et des participations aux coûts par les assurés qui résident dans un Etat de l'UE/AELE.
- Choix du fournisseur de prestations et prise en charge des coûts des traitements ambulatoires pour toutes les personnes assurées en Suisse*
Il est prévu de satisfaire à deux motions adoptées par le Parlement en ce sens que les assurés pourront, comme actuellement, choisir librement pour les traitements ambulatoires entre les fournisseurs de prestations admis, mais que les coûts seront dans tous les cas pris en charge par les assureurs-maladie selon le tarif applicable au fournisseur de prestations choisi par l'assuré.

Compensation des risques. Séparation de l'assurance de base et des assurances complémentaires

S'il estime que le système actuel, fondé sur la concurrence entre assureurs-maladie, a fait ses preuves, le Conseil fédéral n'en reconnaît pas moins la nécessité d'agir contre la sélection des risques pratiquée par les assureurs-maladie. C'est pourquoi il avait décidé d'opposer à l'initiative populaire « Pour une caisse publique d'assurance-maladie » un contre-projet qu'il a mis en consultation. Les résultats de la consultation ainsi que cinq motions transmises ayant montré clairement qu'il importait de voter le plus rapidement possible sur l'initiative populaire, le Conseil fédéral a renoncé à proposer son contre-projet. En lieu et place, il a mis sur les rails une révision de la LAMal visant à améliorer le système de l'assurance-maladie, et il a soumis au Parlement, le 20 septembre 2013, un message et un projet de loi en ce sens.

L'inscription dans la loi sans limitation dans le temps ainsi qu'une nouvelle amélioration de la compensation des risques devraient réduire l'incitation pour les assureurs à sélectionner les risques dans l'AOS. Le projet propose en outre que l'assurance de base et les assurances complémentaires soient gérées à l'avenir par des entités juridiques distinctes, et que des barrières à la transmission de l'information empêchent au sein des groupes d'assurance l'échange de données et d'informations concernant les assurés d'un domaine d'assurance vers les assurances d'autres domaines. Ces mesures agiront elles aussi contre la sélection des risques et augmenteront la transparence dans l'ensemble du système.

Première commission à traiter cet objet, la CSSS-E a suspendu le projet le 10 février 2014, car elle souhaitait attendre l'issue de la loi sur la surveillance de l'assurance-maladie (LSAMal), qui contient aussi des mesures visant à accroître la transparence. Entre-temps, le Parlement a déjà adopté, suite à deux initiatives parlementaires, l'inscription de la compensation des risques dans la loi ainsi qu'une nouvelle amélioration de ce dispositif.

La CSSS-E reprendra l'examen de l'objet en 2015.

AA Assurance-accidents

Dernières données disponibles : exercice 2013

1 Chiffres actuels de l'AA

Recettes 2013 (sans variations de valeur du capital)	7'629 mio de fr.
Dépenses 2013	6'338 mio de fr.
Résultat 2013	1'291 mio de fr.
Compte de capital 2013	48'823 mio de fr.
Cotisations 2015 du gain assuré	
Accidents non professionnels (ANP) Payées principalement par les salariés	Depuis 2007, il n'est plus possible d'indiquer les taux de primes nettes, chaque assureur établissant son propre tarif.
Accidents et maladies prof. (AP) Payées principalement par les employeurs	
Gain maximal assuré	126'000 fr./an
Prestations 2015	
Soins et remboursement de frais	Selon le cas
Prestations en espèces du gain assuré :	
Indemnité journalière : incapacité de travail totale	80%
incapacité de travail partielle	réduite en proportion
Rente d'invalidité : invalidité complète	80%
invalidité partielle	réduite en proportion

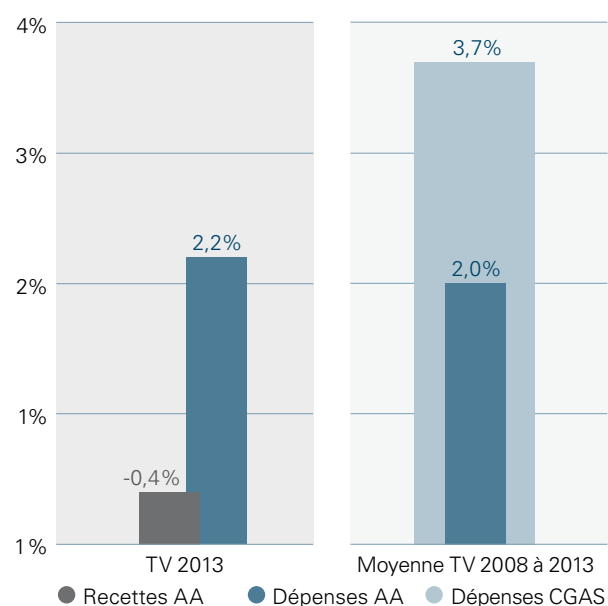
Evolution récente :

Depuis 2008 – à l'exception de 2010 – les dépenses de l'assurance-accidents augmentent davantage que les recettes. En conséquence, le résultat des comptes ne cesse de baisser. Les recettes tendent à diminuer en raison de la baisse des primes et, avec 7629 millions de francs en 2013, elles étaient inférieures à leur montant de 2006. Quant aux dépenses, elles ont augmenté de 2,2 % en 2013 pour s'établir à 6338 millions de francs, bien que le nombre d'accidents déclarés ainsi que l'effectif des bénéficiaires de rente aient reculé. Le résultat des comptes, en baisse de 7,8 %, affiche 1291 millions de francs.

En 2013, l'AA était gérée par la Suva (principal assureur) et 28 autres assureurs. Pendant l'année, 269 000 cas d'accidents et maladies professionnels et 517 000 cas d'accidents non professionnels ont été déclarés.

Quelques postes du compte ont dû être adaptés pour assurer la comparabilité de l'AA avec les autres assurances sociales ; ce qui explique les différences éventuelles avec d'autres représentations des finances de l'AA.

2 Evolution actuelle de l'AA : par rapport à celle du CGAS



CGAS = compte global des assurances sociales

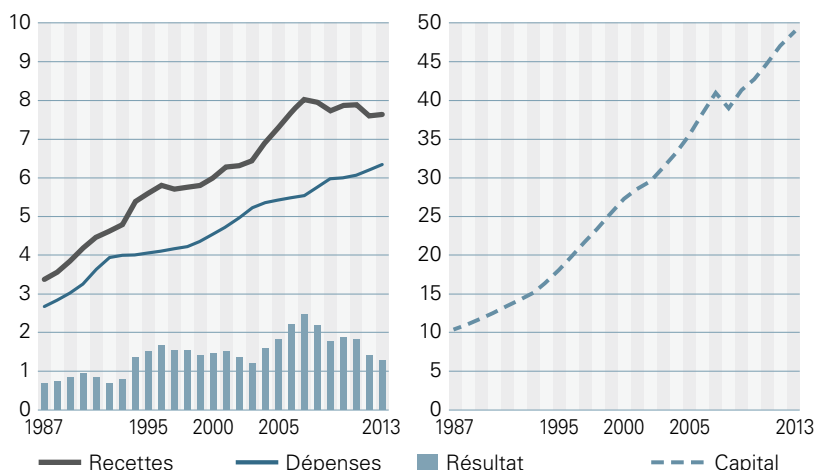
Actuellement (2013) : Dans l'ensemble, les recettes de l'AA ont légèrement augmenté en 2013. Le produit courant du capital, en hausse, a compensé la baisse des recettes de primes. Par contre, les dépenses ont affiché leur plus forte hausse depuis 2009, avec 2,2 %, en raison de la nette augmentation des frais de traitement.

Passé récent (2008 à 2013, comparaison avec le CGAS) : Le taux de progression des dépenses (2,2 %) était supérieur, en 2013, au taux de progression moyen des cinq années précédentes (2,0 %) en raison d'une forte hausse des frais de traitement (8,5 %).

Les dépenses du CGAS ont augmenté de 3,7 % en moyenne durant la dernière période de cinq ans pour laquelle les chiffres de l'ensemble des assurances sociales sont disponibles. Avec 2,0 %, la progression moyenne des dépenses de l'AA s'est révélée nettement plus faible. Entre 2008 et 2013, l'AA a donc perdu en importance au sein du compte global.

Dernières données disponibles : exercice 2013

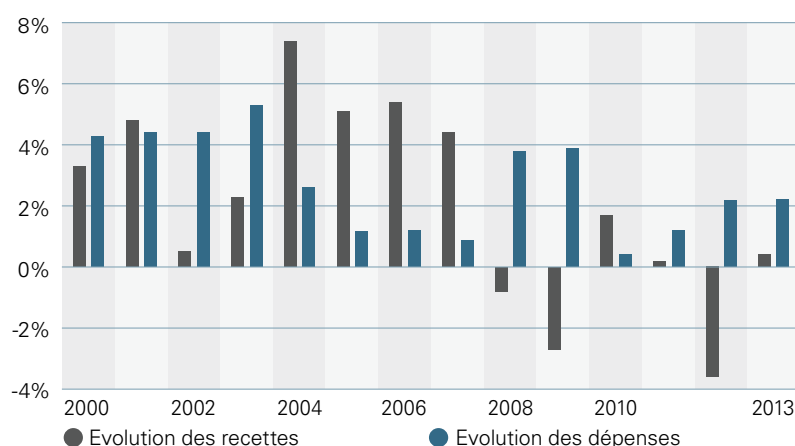
3 Recettes, dépenses, résultat et capital de l'AA de 1987 à 2013, en milliards de francs



Les recettes de l'AA sont toujours supérieures à ses dépenses et proviennent, à raison de 80 %, des cotisations des assurés. Les principales composantes des dépenses sont les prestations à court terme (frais de traitement et indemnités journalières ; 2013 : 3,6 milliards de francs) et les prestations de longue durée (rentes et prestations en capital ; 2013 : 1,9 milliard de francs).

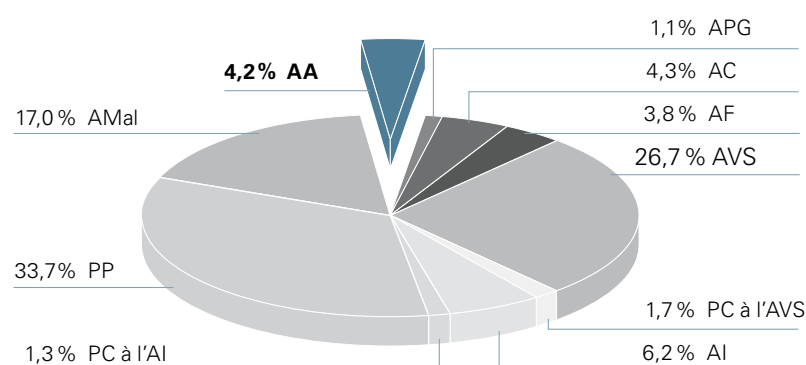
Les résultats positifs du compte permettent d'accumuler du capital (2013 : 48,8 milliards de francs) sous forme de provisions et de réserves (les rentes AA sont financées par répartition). La diminution du capital en 2008 est une conséquence de la crise financière.

4 Evolution des recettes et des dépenses de l'AA de 2000 à 2013



Depuis 2008, les recettes augmentent bien plus faiblement que les dépenses. Une fois ses provisions et réserves entièrement financées, la Suva a procédé à une baisse des primes, et la pression exercée sur les primes s'est encore accentuée après l'abandon en 2007 du tarif commun par les assureurs-accidents privés. En 2013, les dépenses ont progressé de 2,2 %, en raison d'une forte hausse des prestations à court terme et d'une légère augmentation des prestations de longue durée. Ces dernières avaient été en léger recul tant en 2011 qu'en 2012.

5 L'AA dans le CGAS 2013



Dépenses 2013 : 149,2 mia de fr.

A l'aune des dépenses, l'AA vient en cinquième position des assurances sociales, avec 4,2 %.

En 2013, ses dépenses ont été affectées à raison de 28,9 % à des frais de traitement, de 27,5 % à des indemnités journalières et de 30,4 % à des rentes et à des prestations en capital.

Source : SAS 2015 (parution automne 2015), OFAS, et www.ofas.admin.ch

AA Assurance-accidents

Finances

Finances de l'AA 2013, en millions de francs

	2013	Variation 2012/2013
Total des recettes	7'628,7	0,4%
Primes des entreprises (AP) et des assurés (ANP, AF et AAC)	6'081,8	-0,6%
Produit du capital ¹	1'243,5	6,8%
Produit des actions récursoires	303,4	-4,5%
Total des dépenses	6'337,8	2,2%
Prestations à court terme	3'573,1	3,7%
Prestations à long terme	1'929,7	0,8%
Autres dépenses	835,0	-0,3%
Résultat des comptes	1'290,9	-7,8%
Variation du capital	1'672,0	-25,9%
Capital²	48'823,3	3,5%

AP = assurance contre les accidents professionnels
 ANP = assurance contre les accidents non professionnels
 AF = assurance facultative des indépendants (introduite le 1, 1.1984).
 AAC = assurance-accidents des personnes au chômage
 (introduite le 1, 1.1996).

1 Les réévaluations des placements de fonds et de capitaux ainsi que les résultats de cessions ne sont, du point de vue du compte global, ni des recettes ni des dépenses, mais des variations de valeur du capital (voir variation du capital).
 2 Provisions pour prestations à long terme, provisions pour prestations à court terme, autres réserves à destination spéciale et réserves.

Source : SAS 2015 (parution fin 2015), AA 4.

Chiffres relatifs à la structure de l'AA 2013

	2012	2013
Nombre d'assureurs	31	29
Entreprises assurées	546'337	560'143
Salariés à plein temps ¹	3'874	3'880
Somme des salaires soumis à une prime AP	277,0	282,9
Nombre d'accidents professionnels enregistrés	269'608	268'922
Nombre d'accidents non professionnels enregistrés	507'004	516'725
Rentes d'invalidité déterminées	1'890	2'033
Cas de décès reconnus	'593	'666
Indemnités pour atteinte à l'intégrité et autres versements en capital ²	4'802	5'018
Frais de traitement	1'620,6	1'820,4
Indemnités journalières	1'746,1	1'803,1
Capital de couverture des nouvelles rentes octroyées	688,2	795,2

1 Salariés à plein temps selon la nouvelle méthode d'estimation (www.unfallstatistik.ch/f/vbfacts).

2 Les versements de rentes, les versements en cas de décès, les indemnités pour atteinte à l'intégrité et la valeur en capital des rentes des

autres assureurs ont été ajustés à titre rétroactif en mars 2014 et ne peuvent donc plus être comparés avec les résultats des analyses précédentes.

Source : Statistique de l'assurance-accidents LAA 2014, Commission des statistiques de l'assurance-accidents (CSAA) c/o Suva (chiffres 2013 provisoires)

Réformes

Pas d'adaptation des rentes AA au renchérissement en 2015

En vertu de l'art. 34, al. 2, 2^e phrase, de la loi sur l'assurance-accidents (LAA), les rentes de l'assurance-accidents obligatoire sont adaptées au renchérissement au même rythme que les rentes de l'AVS, soit en principe tous les deux ans. Le 15 octobre 2014, le Conseil fédéral a décidé que les rentes AVS/AI et les montants des prestations complémentaires destinées à couvrir les besoins vitaux seraient adaptés à l'évolution des salaires et des prix (indice mixte) au 1^{er} janvier 2015.

L'assurance-accidents obligatoire ne tient pas compte de l'évolution des salaires ; les allocations de renchérissement sont fixées sur la base de l'indice suisse des prix à la consommation (IPC) du mois de septembre (art. 34 LAA en relation avec l'art. 44 OLAA).

Selon l'Office fédéral de la statistique, l'IPC est descendu de 0,7 point entre l'année de la dernière adaptation et septembre 2014 (de 99,8 à 99,1 points). De ce fait, l'ordonnance 09 sur les allocations de renchérissement aux rentiers de l'assurance-accidents obligatoire reste applicable.

Relèvement du montant maximal du gain assuré au 1^{er} janvier 2016

L'art. 15, al. 3, LAA prévoit que, lorsqu'il fixe le montant maximal du gain assuré, le Conseil fédéral veille à ce que, en règle générale, au moins 92 %, mais pas plus de 96 % des travailleurs assurés soient couverts pour le gain intégral. La dernière adaptation date du 1^{er} janvier 2008. Depuis lors, ce montant maximal est de 126 000 francs par an et de 346 francs par jour (art. 22, al. 1, OLAA).

En novembre 2013, le Groupe de coordination des statistiques de l'assurance-accidents (CSAA) a communiqué qu'il était probable qu'en 2016, la proportion des assurés couverts pour le gain intégral passerait juste au-dessous du seuil de 92 %. En conséquence, le Conseil fédéral a décidé, le 12 novembre 2014, de porter le montant maximal du gain assuré de 126 000 à 148 200 francs au 1^{er} janvier 2016.

Cette adaptation est du même ordre de grandeur que les précédentes. Avec le nouveau plafond, le pourcentage des assurés couverts pour le gain intégral avoisinera les 95 %. Cette modification de l'art. 22, al. 1, OLAA entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2016.

Pas d'obligation de cotiser à l'AA pour les petits boulots

Depuis le 1^{er} janvier 2015, les jeunes exerçant de petits boulots sont exonérés de l'obligation de cotiser à l'AVS. Cela signifie que, par exemple, les parents qui emploient occasionnellement un baby-sitter n'ont pas à déduire les cotisations AVS du salaire modeste qu'ils lui versent. Concrètement, les jeunes employés dans des ménages n'ont pas à payer de cotisations sur les salaires n'excédant pas 750 francs par an et par employeur qu'ils auront touchés jusqu'au 31 décembre de l'année de leur 25^e anniversaire.

Pour l'assurance-accidents obligatoire, cela veut dire que les jeunes dans cette situation n'ont pas à payer de primes d'assurance-accidents. Au cas où un accident couvert survient, la caisse supplétive LAA alloue les prestations dues et l'employeur doit verser les primes spéciales prévues à l'art. 95 LAA pour cinq ans au plus.

Perspectives

Révision de la loi sur l'assurance-accidents (LAA)

Le 19 septembre 2014, le Conseil fédéral a adopté le message additionnel concernant la modification de la loi sur l'assurance-accidents et a soumis le projet de révision au Parlement. Le Conseil national traitera le projet au cours de la session d'été 2015.

Révisions dans le domaine de la prévention des accidents

La révision de l'ordonnance concernant la sécurité des travailleurs lors de travaux en milieu hyperbare et la modification de l'ordonnance sur la prévention des accidents et des maladies professionnelles (OPA) opérée dans le cadre de l'« optimisation des ordonnances et de l'exécution 2010 » ont été approuvées par le Conseil fédéral en avril 2015.

AM Assurance militaire

Dernières données disponibles : exercice 2014

Chiffres clés

Selon la statistique de l'assurance militaire publiée par la CNA, le montant global des prestations versées en 2014 est de 188,4 millions de francs, en diminution de 6,72 millions par rapport à l'exercice

2013. Le montant (chiffres arrondis) des principales prestations de l'assurance militaire versées en 2014 et le nombre de cas sont les suivants :

Chiffres détaillés de l'AM pour 2014

	2014 en mio de fr.		Variation 2013/2014
Coût total des prestations d'assurance	188'424		- 3,4
Frais de traitement	64,8		- 0,2
Indemnités journalières	26,9		- 3,7
Rentes	96,2		- 5,7
Rentes d'invalidité ¹	49,4		4,9
Rentes pour atteinte à l'intégrité	3,4		- 22,3
Rentes de survivants	41,5		- 5,4

¹ Pour la première fois, les indemnités pour soins et impotence ne sont plus comptabilisées avec les rentes d'invalidité, mais dans la rubrique « Divers ». Cette modification a été apportée rétroactivement.

		Nombre de rentes 2014	Variation 2013/2014
Nombre total de rentes		3'957	- 4,6
Rentes d'invalidité		1'964	- 3,9
Rentes pour atteinte à l'intégrité		471	- 5,4
Rentes de survivants		1'337	- 5,2
Divers (allocations et indemnités supplémentaires)		185	- 5,1

	Coût 2014 en mio de fr.	Nombre de cas 2014	Variation 2013/2014
Total	188,424	39'184	+ 0,4
Militaires de milice	111,135	23'033	- 2,9
Astreints à la protection civile	5,182	1'445	+ 1,0
Astreints au service civil	5,716	6'214	+ 17,1
Personnel militaire	50,417	5'594	- 0,8
Assurés à titre facultatif	10,913	2'181	- 1,9
Participants aux actions de maintien de la paix	1,094	395	+ 8,2
Membres du Corps suisse d'aide humanitaire	0,777	284	- 5,0
Divers	3,189	38	- 19,1

Le coût total des prestations versées par l'assurance militaire a nettement baissé en 2014 et atteint 188,42 millions de francs (-3,4 %) selon la statistique. Le coût total des rentes atteint 96,2 millions de francs, en diminution de 5,7 % par rapport à 2013. Le nombre des rentes a également baissé de 4,6 %, recul que l'on observe depuis de nombreuses années en raison du grand nombre de rentiers âgés dans l'assurance militaire. Les frais de traitement se sont maintenus quasiment au niveau de 2013 et atteignent 64,9 millions de francs. La progression n'est que de 0,2 % par rapport à l'exercice précédent, alors que la hausse était de 8,9 %, un an auparavant.

Le nombre de cas d'assurance liés au service civil a une nouvelle fois fait un bond ; la progression est de 17 % en 2014 (+25,9 % en 2013). Le montant des dépenses de cette catégorie atteint 5,7 millions de francs, ce qui est supérieur à celles occasionnées par la protection civile. Cela s'explique par le fait que ce genre de service ne dispose pas, comme au service militaire, de médecins de troupe ou d'infirmières qui prodiguent des soins gratuitement. Au service civil, chaque traitement doit être effectué par un médecin ou un fournisseur de soins privé et les frais incombant à l'assurance militaire s'en ressentent. Cela dénote aussi l'engouement dont continue à jouir ce genre de service. Le nombre des astreints était en augmentation de 3,5 % en 2014, selon le rapport du service civil 2015.

En 2014, toutes les catégories d'assurés ont vu leurs coûts diminuer, à l'exception des coûts générés par les personnes astreintes au service civil. Les coûts entraînés par les militaires de milice ont baissé de 2,9 %, ce qui peut être mis en relation avec les 200 000 jours de service effectués en moins par rapport à 2013 (communiqué de presse du DDPS du 17 février 2015).

En 2014, il y a eu 39 184 nouveaux cas traités par l'assurance militaire, soit 141 de plus qu'en 2013 (+0,4 %).

Financement

Les dépenses de l'assurance militaire sont prises en charge par la Confédération. Elles sont financées en outre par le produit des primes dues par les assurés à titre professionnel en exercice et à la retraite ainsi que par le produit des actions récursives.

Les comptes de l'assurance militaire figurent dans le budget de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), qui exerce, avec le Contrôle fédéral des finances, la surveillance de cette assurance.

Ces comptes diffèrent quelque peu des chiffres de la statistique, puisqu'ils englobent toutes les dépenses et non seulement celles liées aux cas d'assurance. En 2014, l'assurance militaire a occasionné une dépense globale brute de 209,65 millions de francs (-7,18 millions). Cette dépense se compose de 188,99 millions de francs pour l'ensemble des prestations et de 20,659 millions (-0,39 million) pour les coûts administratifs. Les recettes provenant des actions récursives, des remboursements et des primes des assurés à titre professionnel en exercice et à la retraite ont rapporté 18,14 millions de francs (-0,18 million). La dépense globale nette de la Confédération en 2014 pour l'assurance militaire s'élève donc à 191,5 millions de francs (-7,3 millions).

Réformes

Par le biais d'autres révisions de lois, en cours ou en projet, la loi sur l'assurance militaire sera retouchée sur le plan formel ou fera l'objet de modifications mineures. Cependant, aucune des lois en question n'est encore entrée en vigueur.

Perspectives

Bien que certains postes de dépenses augmentent légèrement, la baisse du nombre des rentes et de leurs coûts devrait amener ces prochaines années de nouvelles diminutions des dépenses dans le domaine de l'assurance militaire, mais pas de manière aussi marquée qu'en 2014.

APG Allocations pour perte de gain

Dernières données disponibles : exercice 2014

1 Chiffres clés actuels des APG

Recettes 2014	1'838 mio de fr.
Dépenses 2014	1'668 mio de fr.
Résultat 2014	170 mio de fr.
Compte de capital 2014	968 mio de fr.
Allocation de base 2015	
Allocation en % du revenu moyen de l'activité lucrative	80 %
– Personnes faisant du service (sans enfant)	max.
– en cas de maternité	196 fr./jour
Nombre de jours indemnisés 2014	
Armée	5'809'185
Service civil, protection civile, etc.	1'562'629
Jours d'allocations de maternité	5'677'891
Maternité, nombre de bénéficiaires* 2014	68'534

* Chiffres provisoires, les données seront remaniées en 2014

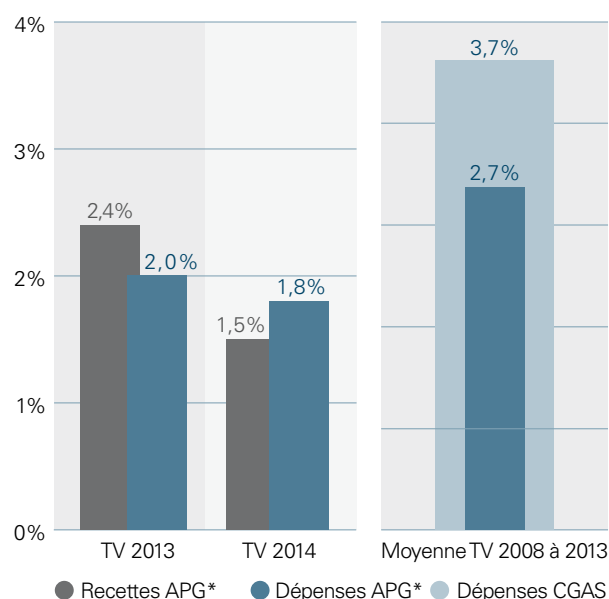
Evolution récente :

Depuis 2011, après une phase déficitaire qui a duré de 2006 à 2010, les comptes des APG ont clôturé sur des excédents **3**. Le résultat d'exploitation, produit des placements inclus, s'élève à 170 millions de francs en 2014, en hausse par rapport à 2013 (141 millions de francs). Le résultat de répartition (hors produit des placements) est en léger recul : 122 millions de francs, contre 128 millions en 2013.

Ce recul est dû au fait que les recettes (hors produit des placements) n'ont augmenté que de 1,4 % en 2014, alors que les dépenses ont connu une hausse de 1,8 %.

En 2014, le capital des APG s'est accru de 21,3 % par rapport à l'année précédente, pour atteindre 968 millions de francs.

2 Evolution actuelle des APG : par rapport à celle du CGAS



Actuellement (2013/2014) :

Les recettes des APG selon le CGAS, produit courant du capital compris, ont augmenté de 1,4 % en 2014. L'accroissement hors du commun des recettes en 2011 est imputable au relèvement temporaire du taux de cotisation, qui est passé de 0,3 % à 0,5 % (du 1.1.2011 au 31.12.2015). Les dépenses ont augmenté modérément de 2011 à 2014, elles ont même baissé en 2012 (cf. **4**).

Passé récent (2008 à 2013, comparaison avec le CGAS) :

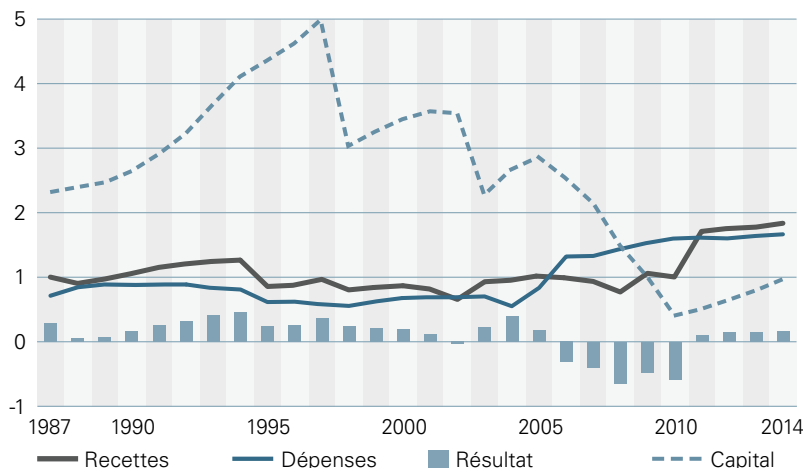
Sur la dernière période de cinq ans pour laquelle toutes les données sont disponibles (2008 à 2013), les dépenses des APG ont augmenté de 2,7 % en moyenne annuelle, contre 3,7 % pour l'ensemble des assurances sociales. Les dépenses des APG ont donc progressé moins que la moyenne, et l'on peut dire qu'elles perdent en importance à l'intérieur du compte global.

* Dans le CGAS, les variations de valeur du capital ne font pas partie du compte de fonctionnement.

APG Allocations pour perte de gain

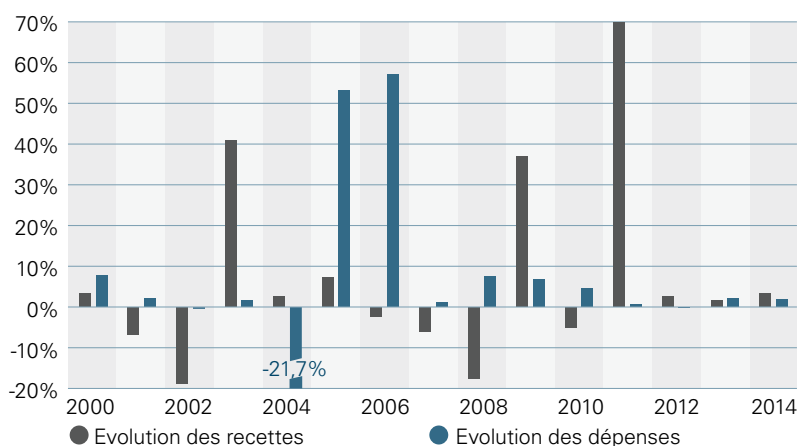
Dernières données disponibles : exercice 2014

3 Recettes, dépenses, résultats et capital des APG de 1987 à 2014, en milliards de francs



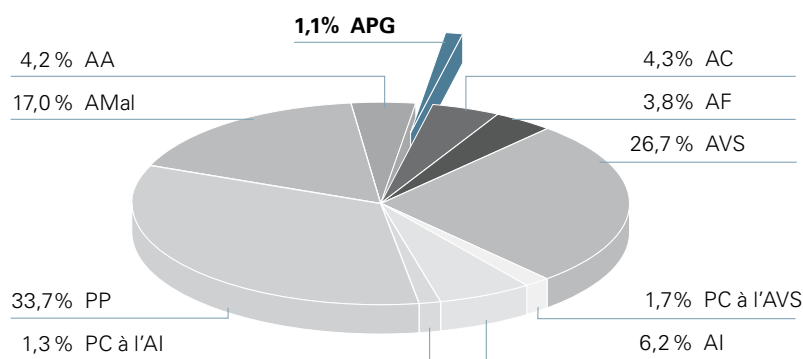
Après l'entrée en vigueur de la révision des APG le 1er juillet 2005 (instauration de l'assurance-maternité et hausse des prestations pour les personnes faisant du service), les comptes des APG ont comme prévu enregistré des déficits et un net recul du capital. Grâce au relèvement temporaire du taux de cotisation de 2011 à 2015, les recettes sont de nouveau supérieures aux dépenses et les résultats d'exploitation positifs permettent d'accroître le capital (2014 : 968 millions de francs). La chute marquée de la courbe du capital en 1998 et en 2003 est imputable aux transferts de capitaux à l'AI.

4 Evolution des recettes et des dépenses des APG de 2000 à 2014



Le relèvement temporaire du taux de cotisation a eu pour effet que les recettes des APG ont augmenté d'environ 70 % en 2011. En 2013 et 2014, elles ont crû encore de 1,5 % et 3,3 % respectivement, grâce à l'évolution favorable du marché du travail. De 2011 à 2014, les dépenses ont augmenté modérément, de 1,8 % en 2014. En 2012, elles avaient même légèrement baissé.

5 Les APG dans le CGAS 2013



Source : SAS 2015 (parution automne 2015), OFAS, et www.ofas.admin.ch

Dépenses 2013 : 149,2 mia de fr.

Avec 1,1 % des dépenses globales, le régime des APG reste la plus petite des assurances sociales, même après la mise en place, en 2005, de l'allocation de maternité. En 2013, 95,2 % de ses dépenses ont été affectées à des indemnités journalières, dont 52,4 % pour des prestations à des personnes faisant du service et 47,6 % au titre des allocations de maternité (estimation OFAS).

APG Allocations pour perte de gain

Finances

Compte d'exploitation 2014 des APG, en millions de francs

Postes du compte	Dépenses	Recettes	Variation 2013/2014
Cotisations des assurés et des employeurs		1'790	1,4%
Prestations en espèces	1'666		1,9%
Frais d'administration	3		-6,0%
Total dépenses	1'668		1,8%
Total recettes		1'790	1,4%
Résultat de répartition		122	-4,7%
Produit des placements		48	263,1%
Recettes totales		1'838	3,3%
Résultat d'exploitation		170	20,4%
Compte de capital		968	21,3%

Depuis le 1^{er} janvier 2011, le taux de cotisation aux APG a été relevé de 0,2 point. Les fonds supplémentaires qui en résultent doivent permettre aux avoirs du Fonds APG en liquidités et en placements d'atteindre les 50 % des dépenses annuelles exigés par l'art. 28, al. 3, LAPG. Alors que les dépenses ont doublé avec l'introduction des allocations de maternité en juillet 2005, entraînant une diminution des avoirs du Fonds APG, le taux de cotisation a été relevé temporairement de 0,3 % à 0,5 % du salaire. Durant l'exercice, les recettes de l'assurance ont augmenté de 1,4 %, pour s'établir à 1790 millions. Les prestations en espèces, essentiellement les indemnités journalières (armée, protection civile, Jeunesse et Sport, service civil et maternité), ont progressé de 1,9 %, atteignant 1666 millions de francs. Les dépenses totales représentent 0,45 % de la masse salariale.

Le résultat de répartition (résultat de l'exercice hors produit des placements et intérêts de la dette de l'AI) est en baisse de 4,7 %, passant de 128 à 122 millions de francs. Avec le produit des placements (48 millions de francs), le résultat d'exploita-

tion s'établit à 170 millions de francs, en amélioration par rapport à l'année précédente. De ce fait, le compte de capital passe de 798 à 968 millions de francs (+21,3 %). Les liquidités et les placements correspondent ainsi à 47 % des dépenses d'une année, contre 37 % l'année précédente.

Réformes

Le 17 décembre 2014, le Conseil fédéral a décidé de mettre en vigueur la révision de la loi fédérale sur la protection de la population et sur la protection civile (LPPCi) au 1^{er} février 2015. Cette révision partielle permet de mettre en œuvre de nouvelles mesures pour lutter contre le décompte abusif de journées de service de protection civile aux dépens des APG. Outre une nouvelle limitation de certaines prestations (travaux de remise en état) pouvant être exécutées par année par une personne astreinte à la protection civile, cette révision prévoit l'instauration d'un registre national pour la protection civile. Avec la révision partielle de l'ordonnance sur les

interventions de la protection civile en faveur de la collectivité (OIPCC), les requérants devront répondre à des conditions plus restrictives pour pouvoir bénéficier d'interventions de la protection civile. A l'avenir, ceux qui réalisent un bénéfice important grâce aux activités soutenues par les APG devront en verser une partie appropriée au Fonds APG.

La loi sur les allocations pour perte de gain (LAPG) a également été modifiée dans le cadre de la révision de la LPPCi. L'une des modifications les plus importantes entrant en vigueur au 1^{er} février 2015 est la fixation d'un âge limite, de 65 ans pour les hommes et de 64 ans pour les femmes, pour le droit aux allocations. En effet, les APG visent à compenser (en partie) la perte de gain subie par les personnes qui effectuent un service militaire, un service civil ou un service de protection civile. Or les retraités n'exercent généralement plus d'activité lucrative et ne subissent donc pas une telle perte. Il en va de même pour les personnes qui anticipent la perception de la rente de vieillesse.

Perspectives

Taux de cotisation aux APG

Le 18 juin 2010, le Conseil fédéral a décidé de relever temporairement le taux de cotisation aux APG de 0,2 point, le faisant passer de 0,3 à 0,5 %. Conséquence de l'instauration de l'allocation de maternité le 1^{er} juillet 2005, ainsi que de l'adaptation du taux de remplacement pour les personnes qui ont du service, lequel est passé, le 1^{er} janvier 2004, de 65 à 80 % du revenu obtenu avant le service, ce relèvement du taux de cotisation ne vaut que jusqu'à fin 2015. Courant 2015, le Conseil fédéral devra décider s'il entend maintenir le taux à 0,5 % ou l'abaisser à nouveau.

Echange de données avec les registres

Avec les registres centraux qu'elle gère, la Centrale de compensation (CdC) joue un rôle important dans la lutte contre les abus dans les domaines de l'AVS, de l'AI, des APG et des AF. Il est de ce fait nécessaire de prévoir la communication de données à la CdC via une procédure d'appel. La CdC doit avoir accès aux données relatives aux militaires et aux personnes astreintes à servir dans la protection civile qui sont enregistrés dans le Système d'information sur le personnel de l'armée (SIPA), ainsi qu'au registre central du service civil (eZIVI) et à la base de données nationale de Jeunesse et sport, afin de pouvoir prévenir ainsi les abus aux dépens des APG. Le mandat d'initialisation du projet en vue de mettre en place les interfaces respectives a été lancé.

Etude en vue d'une application Partnerweb

Le Contrôle fédéral des finances (CDF) a procédé en 2013 à une évaluation relative aux APG et a proposé la mise en place d'une application Partnerweb. Le 13 décembre 2013, le Conseil fédéral a adopté le « Rapport sur les coûts de la réglementation ». Celui-ci reprend, parmi les propositions d'amélioration pour le 1^{er} pilier, cette recommandation du CDF visant à généraliser le système en ligne pour les annonces APG faites par les employeurs et les indépendants. Une étude de faisabilité externe à l'OFAS doit être réalisée d'ici fin 2015. Elle examinera dans une perspective globale l'avenir du décompte électronique des jours de service dans le système des APG, analysera les différentes possibilités et élaborera, sur cette base, des propositions qui devront tenir compte des besoins des employeurs comme de ceux des caisses de compensation.

AC Assurance-chômage

Dernières données disponibles : exercice 2014

1 Chiffres clés actuels de l'AC

Recettes 2014	7'260 mio de fr.
Dépenses 2014	6'523 mio de fr.
Résultat 2014	737 mio de fr.
Compte de capital 2014	-2'149 mio de fr.

Cotisations 2015	2,20%
Sur les revenus salariaux jusqu'à	126'000 fr./an

Le 1^{er} janvier 2014, le pour cent de solidarité a été déplafonné.

Prestations en % du gain assuré 2015	
Personnes ayant des obligations d'entretien, personnes gagnant moins de 3'797 fr./mois bénéficiaires d'une rente d'invalidité	80%
Autres assurés	70%

Est assuré le salaire soumis à cotisation AVS : depuis 2008 jusqu'à 10'500 fr./mois

Durée de perception depuis le 1.4.2011	90–640 jours
---	---------------------

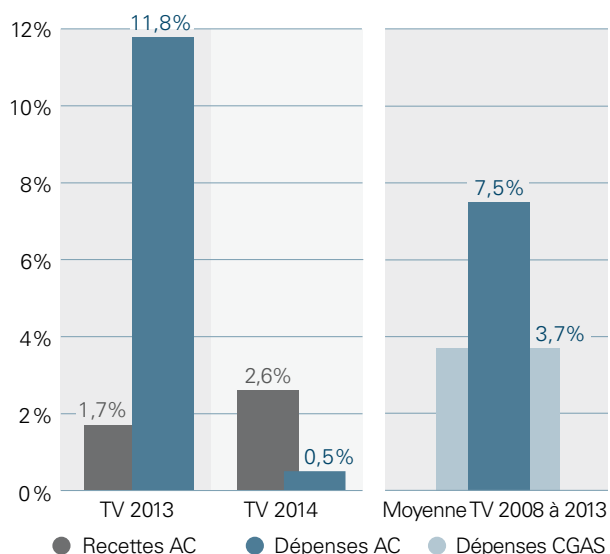
La durée de perception, selon les conditions, varie au sein d'un délai-cadre de deux ans.

Evolution récente :

En 2014, la croissance du PIB suisse (2,0 %) a été plus forte que les trois années précédentes. Néanmoins, le nombre de chômeurs inscrits a légèrement augmenté, pour atteindre 147 369 fin 2014. Par voie de conséquence, les indemnités de chômage ont augmenté elles aussi, de 2,0 %, pour se chiffrer à 4583 millions de francs. Grâce à la croissance économique, il n'a pas fallu payer autant d'indemnités en cas de réduction de l'horaire de travail et en cas d'intempéries, ce qui a fait que les dépenses n'ont augmenté que de 0,5 %, pour s'établir à 6523 millions de francs. Les recettes, elles, ont crû de 2,6 % et se chiffrent à 7260 millions de francs. Quant au résultat des comptes, en hausse de 25,5 %, il atteint 737 millions de francs.

Introduit le 1^{er} janvier 2011 dans le cadre de la 4^e révision de la LACI, le pour-cent de solidarité prélevé sur les salaires élevés a été déplafonné le 1^{er} janvier 2014. Par conséquent, cette cotisation supplémentaire de 1 % est perçue également sur la part du salaire annuel qui dépasse 315 000 francs. Cette mesure a eu pour effet, entre autres, que les cotisations des employeurs et des salariés ont augmenté de 2,7 % et se chiffrent à 6633 millions de francs.

2 Evolution actuelle de l'AC : par rapport à celle du CGAS



Actuellement (2013/2014) :

En 2014, les recettes ont augmenté de 2,6 % et les dépenses de 0,5 % seulement. La croissance des recettes est due à la hausse des salaires et donc des cotisations, ainsi qu'au déplafonnement de la contribution de solidarité. Quant aux dépenses, si leur progression est faible, cela tient au recul des prestations sous forme d'indemnités journalières (indemnités de chômage, indemnités en cas de réduction de l'horaire de travail ou d'intempéries et indemnité en cas d'insolvabilité).

Passé récent (2008 à 2013, comparaison avec le CGAS) :

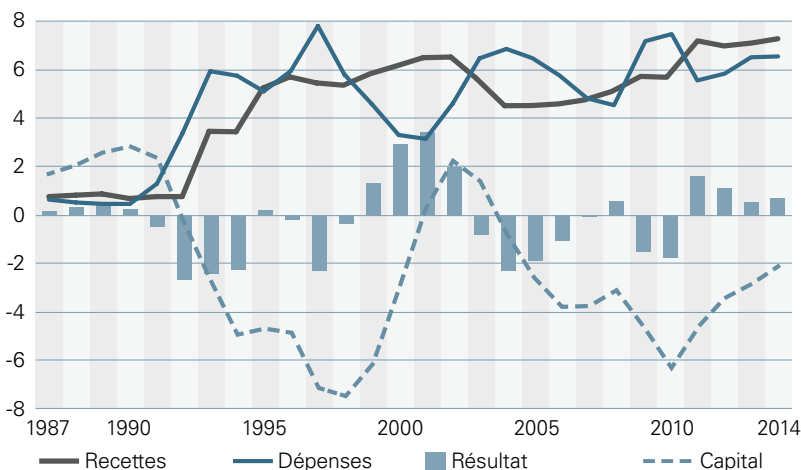
Les dépenses du compte global ont augmenté de 3,7 % en moyenne durant la dernière période de cinq ans pour laquelle les chiffres sont disponibles pour l'ensemble des assurances sociales. Après la conjoncture favorable de 2008, le taux de variation moyen des dépenses de l'AC a été de 7,5 %, soit un taux nettement plus élevé par rapport à la croissance du compte global.

CGAS = compte global des assurances sociales

AC Assurance-chômage

Dernières données disponibles : exercice 2014

3 Recettes, dépenses résultat et capital de l'AC de 1987 à 2014, en milliards de francs

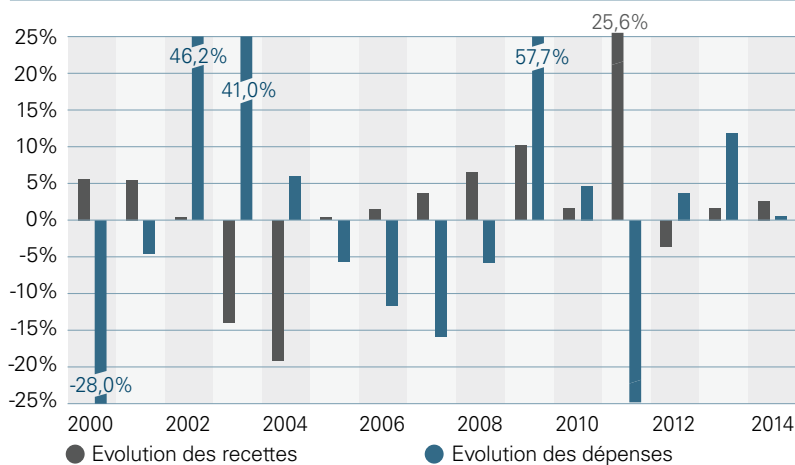


Pour 2014, la nette augmentation des recettes conjuguée à la stagnation générale des dépenses a abouti à un résultat des comptes positif, qui se chiffre à 737 millions de francs.

Le déficit du Fonds de compensation a pu à nouveau être réduit, et ramené à -2149 millions de francs.

L'évolution cyclique des comptes de l'AC semble bien indiquer que cette assurance sociale joue un rôle de « tampon conjoncturel ».

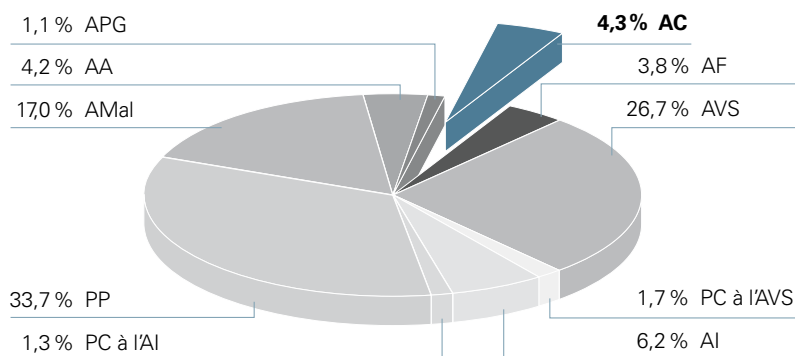
4 Evolution des recettes et des dépenses de l'AC de 2000 à 2014



La croissance des recettes de 2,6 % enregistrée en 2014 tient à la hausse des cotisations des assurés et des employeurs. Les taux de variation des recettes reflètent les baisses (2003 et 2004) et le relèvement (2011) des taux de cotisation, ainsi que la contribution extraordinaire versée par la Confédération (2011) pour atténuer les répercussions de la vigueur du franc.

La reprise économique qui dure depuis 2010 s'est traduite, en 2014, par une faible augmentation des dépenses (0,5 % seulement). La dernière baisse des dépenses date de 2011, où elle avait même atteint un quart.

5 L'AC dans le CGAS 2013



Dépenses 2013 : 149,2 mia de fr.

Mesurée à l'aune des dépenses, l'AC vient en sixième position des assurances sociales, avec 4,3 %.

En 2013, ses dépenses ont été affectées à des prestations sociales (y c. mesures du marché du travail et indemnités liées aux accords bilatéraux) à raison de 86,5 %.

Source : SAS 2015 (parution automne 2015), OFAS, et www.ofas.admin.ch

Finances

Résultat des comptes 2014, en millions de francs

	2014	Variation 2013/2014
Total des recettes	7'260,0	2,6%
Cotisations des assurés et des employeurs	6'633,4	2,7%
Contributions des pouvoirs publics	618,4	1,2%
Participation financière de la Confédération	454,4	1,2%
Participation financière des cantons	151,5	1,2%
Participation des cantons aux frais des mesures du marché du travail	12,6	2,5%
Intérêts créanciers	4,7	4,6%
Autres produits	3,5	-34,8%
Total des dépenses	6'522,7	0,5%
Prest. en argent hors cotisations aux assurances sociales	4'895,6	-0,6%
Indemnités de chômage ¹	4'583,1	2,0%
Cotisations aux assurances sociales des bénéficiaires d'IC	-378,9	2,1%
Indemnités en cas de réduction de l'horaire de travail	47,7	-64,1%
Indemnités en cas d'intempéries	24,7	-66,8%
Indemnités en cas d'insolvabilité	27,5	-6,5%
Mesures du marché du travail	591,5	4,2%
Cotisations aux ass. sociales sur les indemnités de chômage	706,9	2,1%
Cotisations AVS/AI/APG ²	463,3	2,0%
Cotisations ANP ²	177,8	2,0%
Cotisations AP ³	5,6	-2,2%
Cotisations LPP ²	60,1	3,4%
Indemnités liées aux accords bilatéraux ⁴	229,2	21,4%
Frais d'administration	684,2	1,5%
Intérêts débiteurs	5,3	-27,2%
Autres dépenses	1,4	-65,2%
Résultat	737,3	25,5%
Capital	-2'149,2	-25,5%
Chiffres clés		
Chômeurs inscrits (moyenne annuelle)	136'764	0,2%
Taux de chômage	3,2%	

1 Indemnités journalières mesures du marché du travail incluses

2 Part employeurs et part employés

3 Part employeurs uniquement

4 Remboursement partiel, par l'Etat où l'assuré travaillait précédemment, des indemnités de chômage versées par l'Etat de résidence

ANP = assurance contre les accidents non professionnels

AP = assurance contre les accidents professionnels

Source : SAS 2015 (parution fin 2015), OFAS et www.ofas.admin.ch.

L'exercice 2014 se solde pour le Fonds de compensation de l'AC par des charges totales de 6523 millions de francs pour un produit global de 7260 millions de francs, soit un excédent de 737 millions de francs.

Grâce à ce bon résultat, l'emprunt de trésorerie auprès de la Confédération a encore pu être réduit de 900 millions de francs, ramenant ainsi le total des emprunts, fin 2014, à 3300 millions de francs.

Bilan au 31 décembre 2014, en millions de francs

	2014	Variation 2013/14
Actifs	1'749,7	3,1%
Liquidités :	316,7	14,2%
Argent au jour le jour du Fonds de compensation	–	–
Disponibilités du Fonds de compensation	197,4	1,7%
Disponibilités des caisses de chômage	119,3	43,3%
Comptes courants / débiteurs	1'289,4	0,8%
Actifs transitoires	133,8	4,2%
Mobiliers	9,7	-16,5%
Passifs	1'749,7	3,1%
Prestations à payer	386,2	115,1%
Provisions pour application de l'art. 29 LACI	35,7	6,4%
Provisions pour insolvabilité	75,9	-1,2%
Autres provisions à court terme	79,7	17,1%
Passifs transitoires	21,3	-16,6%
Emprunts de trésorerie de la Confédération	3'300,0	-21,4%
Capital propre	-2'149,2	-25,5%

Réformes

A la suite de la 4^e révision partielle de la loi sur l'assurance-chômage (LACI), un pour-cent de solidarité est prélevé, depuis le 1^{er} janvier 2011, sur les tranches de salaires (non assurées) comprises entre 126 000 et 315 000 francs. Il sera abrogé lorsque l'AC aura remboursé ses dettes et que son capital propre, déduction faite des fonds de roulement nécessaires à l'exploitation, aura atteint au moins 0,5 milliard de francs. Le 21 juin 2013, le Parlement a approuvé la modification de loi permettant la suppression du plafond de 315 000 francs. Le délai référendaire a expiré le 10 octobre 2013 sans qu'un référendum ait été lancé. La modification de loi est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2014.

Perspectives

Le Conseil fédéral a décidé de porter le montant maximal du gain assuré dans l'assurance-accidents obligatoire de 126 000 à 148 200 francs au 1^{er} janvier 2016, afin de garantir que la grande majorité des assurés soient couverts pour le gain intégral. Ce nouveau plafond est déterminant non seulement pour les prestations de l'AA, mais aussi pour celles de l'AC et de l'AI. L'adaptation du montant maximal du gain assuré n'a pas d'incidence sur les taux actuels des primes et des cotisations, mais les déductions correspondantes seront désormais également opérées sur les parts de salaire comprises entre 126 000 et 148 200 francs. Dès le 1^{er} janvier 2016, le pour-cent de solidarité de l'AC sera perçu sur la part de salaire qui dépasse 148 200 francs.

AF Allocations familiales

Dernières données disponibles : exercice 2013 ; estimation OFAS

1 Chiffres clés actuels des AF

Recettes 2013	5'736 mio de fr.
Dépenses 2013	5'626 mio de fr.
Prestations sociales 2013	5'488 mio de fr.

Ces chiffres correspondent au total de toutes les AF (en vertu de la LAFam, dans l'agriculture et dans d'autres assurances sociales [AC, AI])

Nombre d'allocations pour enfant (selon la base légale)	2013
En vertu de la LAFam	1'702'861
En vertu de la LFA	48'332

Montants cantonaux de l'allocation pour enfants	2015
Montant le plus élevé, 1 ^{er} enfant : ZG, GE	300 fr.
Montant le plus bas, 1 ^{er} enfant : ZH, LU, UR, OW, GL, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, TG, TI	200 fr.

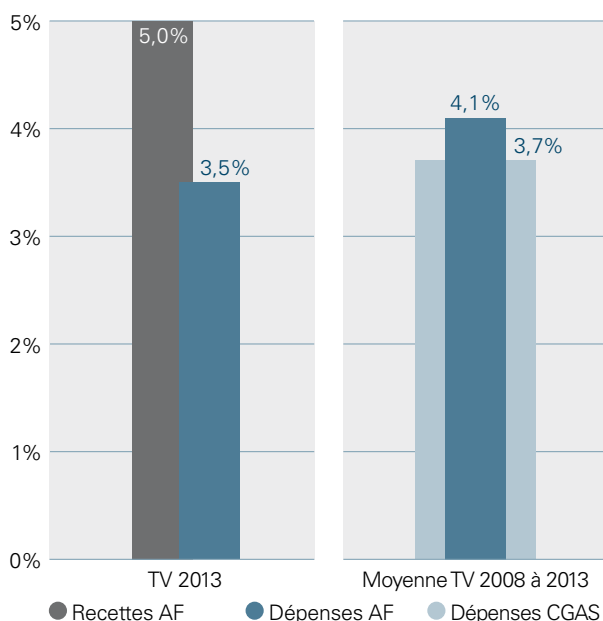
Allocations pour enfant dans l'agriculture Mêmes mont. que ceux prescrits par la LAFam. Ces mont. sont majorés de 20 francs dans les régions de montagne	2015
--	------

Taux de cotisations des CAF cantonales (en % du salaire soumis à l'AVS)	2015
Employeurs	1,1%–2,83%
Indépendants	0,5%–2,80%

La loi fédérale sur les allocations familiales (LAFam) prévoit que, dans tous les cantons, des allocations pour enfant d'au moins 200 francs par mois soient versées pour les enfants jusqu'à 16 ans et, pour les jeunes en formation de 16 à 25 ans, des allocations de formation professionnelle d'au moins 250 francs par mois.

Depuis le 1^{er} janvier 2013, elle s'applique également aux indépendants. En 2013, 1,7 million d'allocations (pour enfant ou de formation professionnelle) au titre de la LAFam ont été versées, et seulement 48 000 au titre de la loi fédérale sur les allocations familiales dans l'agriculture (LFA), deuxième en importance des types d'allocations familiales. Depuis l'entrée en vigueur de la LAFam en 2009, les recettes de l'ensemble des allocations familiales ont augmenté de 0,6 milliard de francs et les dépenses de 0,8 milliard. L'évolution financière des AF est déterminée principalement par le nombre d'enfants et de jeunes donnant droit aux allocations, par le montant de celles-ci et par les taux de cotisation des caisses de compensation pour allocations familiales (CAF). Les employeurs et les indépendants financent les allocations familiales en versant aux CAF des cotisations sur leur revenu soumis à l'AVS. Le taux de cotisation varie selon les cantons et les CAF. Dans le canton du Valais, les salariés doivent eux aussi participer au financement.

2 Evolution actuelle de l'AF : par rapport à celle du CGAS



Actuellement (2013) :

En 2013, le taux de croissance des recettes de l'ensemble des AF (5,0 %) a été nettement supérieur à celui des dépenses (3,5 %). Cela tient à la fois à une hausse des taux de cotisation, à une augmentation des revenus soumis à l'AVS, ainsi qu'à l'inclusion des indépendants dans le champ d'application de la LAFam.

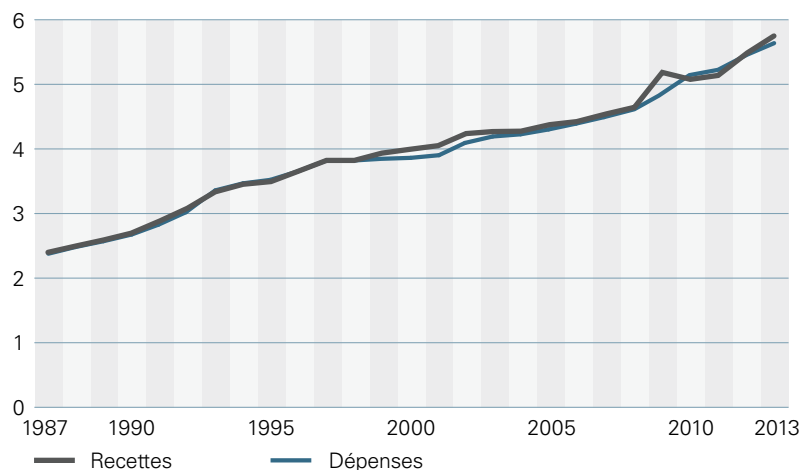
Passé récent (2008 à 2013, comparaison avec le CGAS) :

De 2008 à 2013, les dépenses des AF ont connu une croissance moyenne un peu plus marquée que celles du compte global (4,1 % contre 3,7 %). Autrement dit, la part des dépenses des AF dans les dépenses globales a légèrement progressé.

Les recettes des AF ont augmenté de 4,3 % en moyenne annuelle sur cette période, contre 2,7 % pour l'ensemble des assurances sociales. La part des recettes des AF dans les recettes globales s'est donc fortement accrue.

Dernières données disponibles : exercice 2013 ; estimation OFAS

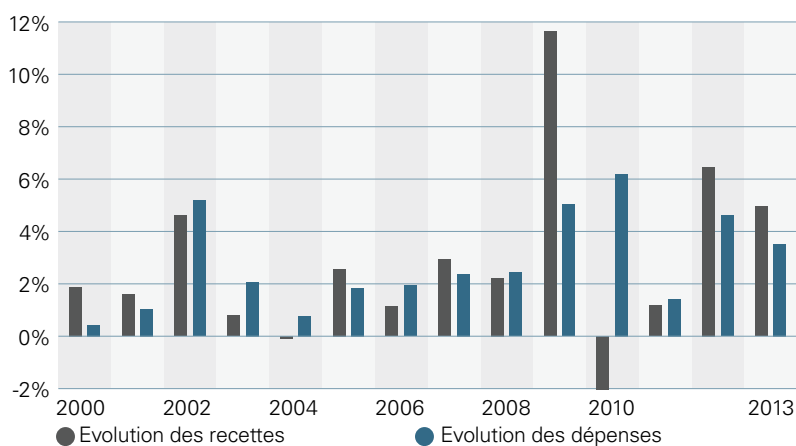
3 Recettes et dépenses des AF de 1987 à 2013, en milliards de francs



L'évolution financière des AF est principalement déterminée par le nombre d'enfants et de jeunes donnant droit aux allocations, par le montant de celles-ci et par les taux de cotisation. En 2013, le nombre d'allocations octroyées a augmenté de 2,8 % et, dans deux cantons, leur montant a été relevé ; de ce fait, les prestations versées ont augmenté de 3,6 %. Depuis l'exercice 2009, l'OFAS dresse un relevé des allocations familiales au sens de la LAFam.

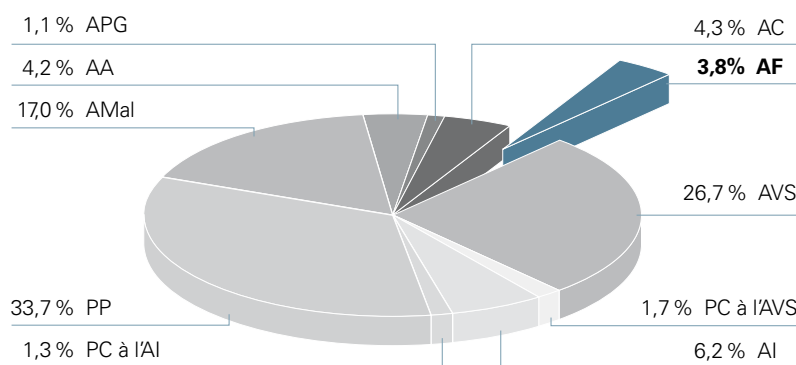
Cela a permis de comparer les estimations des années précédentes avec les valeurs relevées à partir de 2009 et de réviser les valeurs estimatives pour la période de 1987 à 2008.

4 Evolution des recettes et des dépenses des AF de 2000 à 2013



Les recettes ont crû plus fortement que les dépenses, en 2013 comme en 2012. Cela tient à la fois à une hausse des taux de cotisation, à une augmentation des revenus soumis à l'AVS, ainsi qu'à l'inclusion, en 2013, des indépendants dans le champ d'application de la LAFam. La progression des dépenses en 2012 (4,6 %) et en 2013 (3,5 %) est due à l'augmentation du nombre d'allocations versées ainsi qu'aux relèvements du montant des allocations.

5 Les AF dans le CGAS 2013



Dépenses 2013 : 149,2 mia de fr.

Considérées sous l'angle des dépenses de l'ensemble des assurances sociales, les AF, tous régimes confondus, occupent l'antépénultième position, avec 3,8 %. Seules les PC et les APG affichent des dépenses inférieures.

En 2013, les dépenses des AF ont été affectées à des prestations à raison de 97,5 %, dont 47,1 % pour les prestations octroyées par les CAF cantonales.

Source : SAS 2015 (parution automne 2015), OFAS, et www.ofas.admin.ch

AF Allocations familiales

Allocations familiales en dehors de l'agriculture

La loi fédérale sur les allocations familiales (LAFam) est en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2009. Elle s'applique aux salariés, aux personnes sans activité lucrative ainsi qu'aux indépendants en dehors de l'agriculture. Toutes les personnes actives réalisant un revenu soumis à l'AVS d'au moins 7050 francs par an ainsi que les personnes sans activité lucra-

tive au revenu imposable modique touchent, pour leurs enfants et les jeunes en formation, des allocations familiales au titre de la LAFam. Une loi spécifique s'applique aux agriculteurs indépendants et aux travailleurs agricoles qu'ils emploient (loi fédérale sur les allocations familiales dans l'agriculture, LFA, voir page 83).

Statistique des caisses de compensation pour allocations familiales, 2013, en millions de francs

Postes du compte	Dépenses	Recettes
Cotisations des employeurs ¹		5'145
Cotisations des indépendants ²		211
Cotisations des personnes sans activité lucrative ³		5
Contributions des cantons ³		83
Recettes de la compensation des charges au niveau cantonal ⁴		189
Dissolution de réserves de fluctuation		22
Autres recettes		96
Allocations familiales	5'294	
Autres prestations ⁵	53	
Versements à la compensation des charges au niveau cantonal	97	
Constitution de réserves de fluctuation	25	
Frais d'administration et de gestion	136	
Autres dépenses	43	
Résultat annuel	103	
Total	5'751	5'751

1 Les allocations familiales versées aux salariés sont en principe financées par des cotisations d'employeurs prélevées sur le salaire soumis à l'AVS. C'est uniquement dans le canton du Valais que les salariés doivent également y cotiser (0,3 % du revenu soumis à l'AVS).

2 Les allocations familiales versées aux indépendants sont financées par des cotisations prélevées sur leur revenu soumis à l'AVS, la part de celui-ci qui excède 126 000 francs par année n'étant pas prise en compte.

3 Les allocations versées aux personnes sans activité lucrative sont financées principalement par les cantons. Les personnes sans activité lucrative sont elles-mêmes tenues de cotiser dans les cantons de AR, SO, TG et TI.

4 Les cantons peuvent aussi prévoir une compensation des charges entre les CAF. A ce jour, seize cantons ont fait usage de cette possibilité.

5 Par ex. versements aux fonds cantonaux pour la famille ou à des systèmes analogues.

Nombre d'allocations (y c. allocations différentielles), 2013

Type d'allocation	Versées aux salariés	Versées aux indépendants	Versées aux personnes sans activité lucrative	Total	Pourcentage
Allocations pour enfant	1'238'300	30'200	16'100	1'284'700	74,3%
Allocations de formation professionnelle	402'200	12'100	3'900	418'200	24,2%
Allocations de naissance et d'adoption	24'300	600	1'100	26'000	1,5%
Total	1'664'900	43'000	21'000	1'728'900	100,0%
Pourcentage	96,3%	2,5%	1,2%	100,0%	

Somme des allocations familiales (y c. allocations différentielles), 2013, en millions de francs

Type d'allocation	Versées aux salariés	Versées aux indépendants	Versées aux personnes sans activité lucrative	Total	Pourcentage
Allocations pour enfant	3'542,0	89,9	70,0	3'702,0	69,9%
Allocations de formation professionnelle	1'479,5	47,0	25,6	1'552,1	29,3%
Allocations de naissance et d'adoption	37,7	0,8	1,7	40,2	0,8%
Total	5'059,2	137,7	97,4	5'294,4	100,0%
Pourcentage	95,6%	2,6%	1,8%	100,0%	

La Confédération prévoit des montants mensuels minimaux de 200 francs pour les allocations pour enfant et de 250 francs pour les allocations de formation professionnelle. Les cantons peuvent prescrire des montants plus élevés et introduire des allo-

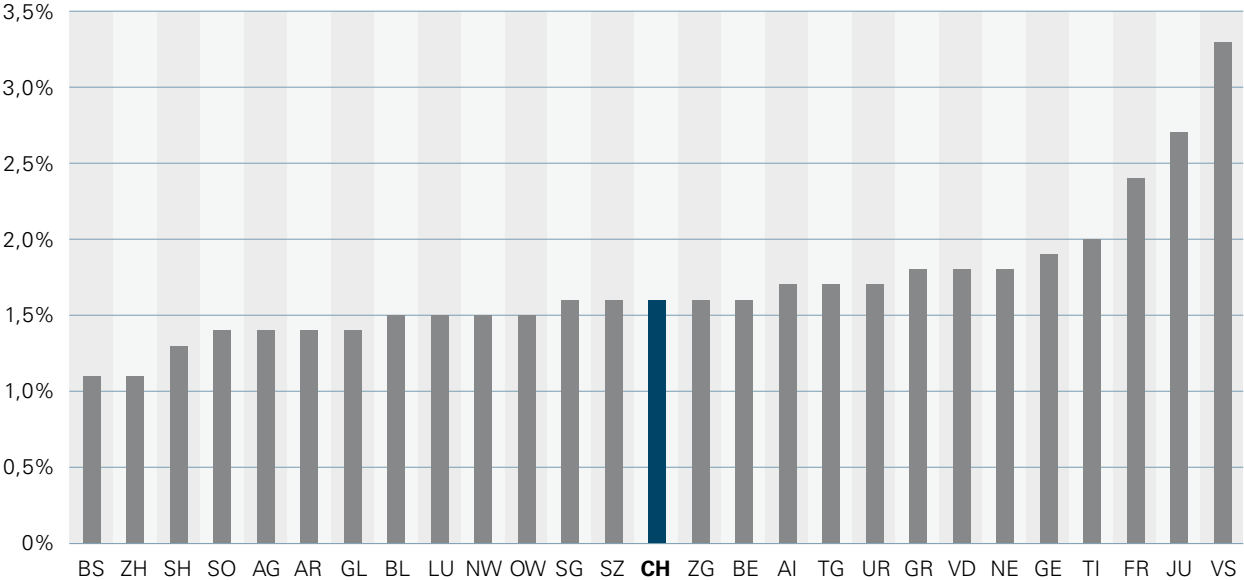
cations de naissance et d'adoption. Treize cantons ont fait usage de la compétence de fixer des montants plus élevés, et neuf accordent des allocations de naissance ou d'adoption.

Nombre de bénéficiaires d'allocations familiales, 2013

	Salariés	Indépendants	Personnes sans activité lucrative	Total
Nombre	958'900	24'800	11'900	995'600
Pourcentage	96,3%	2,5%	1,2%	100,0%

AF Allocations familiales

Somme des allocations familiales (y c. allocations différentielles), 2013, en millions de francs



Les taux de cotisation des employeurs, pondérés à l'aide de la somme cantonale des revenus soumis à l'AVS¹, varient selon les cantons entre 1,11 et

3,26 %. Le taux de cotisation pondéré moyen pour la Suisse se situe à 1,6 %.

¹ Le taux pondéré de cotisation des employeurs est le taux théorique obtenu si tous les employeurs du canton étaient affiliés à une seule et même CAF.

Allocations familiales dans l'agriculture

Une réglementation fédérale (loi fédérale sur les allocations familiales dans l'agriculture, LFA) s'applique depuis 1953 aux allocations familiales versées dans le secteur agricole. Les agriculteurs indépendants et les travailleurs agricoles qu'ils emploient touchent des allocations familiales en vertu de la LFA. Le montant de ces allocations correspond aux montants minimaux prescrits par la

LAFam ; des allocations pour enfant de 200 francs par mois et des allocations de formation professionnelle de 250 francs par mois sont donc versées. En région de montagne, ces montants sont majorés de 20 francs. Les travailleurs agricoles perçoivent en outre une allocation de ménage de 100 francs par mois. Les allocations versées au titre de la LFA sont financées par les pouvoirs publics.

Compte d'exploitation LFA, 2014, en millions de francs

Articles du compte	Dépenses	Recettes	Variation 2013/2014
Cotisations des employeurs		18	+5%
Contributions des pouvoirs publics			
– Confédération 2/3		70 ¹	-8%
– Cantons 1/3		33	-9%
Prestations en espèce	119		-7%
Frais d'administration	2		-2%
Total	121	121	-7%

¹ Y compris les intérêts du Fonds destinés à diminuer la part des cantons.

La statistique des caisses de compensation donne une image détaillée de cette évolution :

Allocations familiales, de 2009 à 2014, ensemble des bénéficiaires

Année	Nombre de bénéficiaires		Coût ¹ (en mio de fr.)	
	Agriculteurs ¹	Salariés	Total	Confédération
2009	21'050	6'597	158	95
2010	19'779	6'328	149	89
2011	18'465	6'777	142	84
2012	17'485	6'571	138	83
2013	15'843	7'630	129	76
2014	14'799	7'550	121	70

¹ Y compris les petits paysans exerçant leur activité à titre accessoire, les exploitants d'alpages et les pêcheurs professionnels.

AF Allocations familiales

Allocations familiales de 2009 à 2014, agriculteurs exerçant cette activité à titre principal

Année	Agriculteurs en région de plaine ¹			Agriculteurs en région de montagne ¹		
	Nombre de bénéficiaires	Nombre d'allocations	Coût en millions de francs	Nombre de bénéficiaires	Nombre d'allocations	Coût en millions de francs
2009	11'582	26'949	69	9'120	22'159	58
2010	10'926	26'255	66	8'500	21'583	55
2011	10'254	23'895	61	7'915	19'651	51
2012	9'499	21'798	59	7'655	19'088	48
2013	8'519	19'543	52	7'080	17'495	43
2014	7'924	18'141	49	6'620	16'274	41

¹ Sans les agriculteurs exerçant leur activité à titre accessoire, les exploitants d'alpages et les pêcheurs professionnels.

Allocations familiales, de 2009 à 2014, travailleurs agricoles

Année	Nombre de bénéficiaires		Allocations de ménage	Nombre d'allocations		Coût en mio de fr.
		dont les étrangers			dont celles pour les enfants à l'étranger	
2009	6'597	4'598	6'519	9'257	4'663	22
2010	6'328	4'456	6'083	8'906	4'327	23
2011	6'777	4'696	6'038	9'141	4'526	25
2012	6'571	4'739	6'473	9'420	4'939	26
2013	7'630	5'602	7'232	10'753	5'743	28
2014	7'550	5'657	7'311	10'568	5'663	27

Réformes / Perspectives

Interventions parlementaires

Etant donné que le système des allocations familiales ne prévoit pas un droit aux allocations indépendant du statut professionnel, le principe « Un enfant – une allocation » n'est pas entièrement réalisé à ce jour. Deux interventions parlementaires visent le comblement des lacunes qui subsistent. Il s'agit du postulat 13.3947 Fridez « Une allocation pour chaque enfant », qui demande la rédaction d'un rapport sur les possibilités de combler les lacunes apparaissant dans certains cas lorsqu'une maladie se prolonge, et de la motion 13.3650 Seydoux-Christe « Universalité des allocations familiales. Aussi pour les mères bénéficiaires d'APG maternité durant leur droit au chômage », qui charge le Conseil fédéral d'adapter la législation afin que les mères au chômage bénéficiaires d'une allocation de maternité puissent aussi toucher des allocations familiales.

Par ailleurs, le postulat 12.3973 CSSS-N demande un rapport sur les « Conséquences sociales de la fixation d'un âge limite donnant droit aux allocations de formation », et le postulat 14.3797 Maury Pasquier « Un enfant, une seule allocation » demande un rapport en vue de dissiper le flou juridique qui permet actuellement de cumuler les allocations familiales prévues par le droit suisse et les prestations familiales servies par les organisations internationales en Suisse. La motion 13.3922 Candinas « Verser des allocations de formation professionnelle pour tous les jeunes jusqu'à l'âge de 18 ans », encore en suspens, demande que ces allocations soient versées pour tous les jeunes de 16 à 18 ans, sans exiger de preuve qu'ils suivent une formation.

Evolution et mesures touchant l'ensemble du système

Recours contre le tiers responsable

Produit des actions récursoires, de 2009 à 2014, en millions de francs

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Assureurs-accidents	393	359,2	323,3	309	*	*
dont CNA (SUVA)	257,2	227	213	199	187,7	180,8
AVS/AI	129,1	115,6	96,4	85,3	76,2	69,6

* Chiffre non encore disponible

Le recul constant du produit des actions récursoires tient à la baisse, observée depuis 2003, du nombre de nouvelles rentes AI octroyées à la suite d'un accident. Une analyse du domaine AVS/AI réalisée en 2008 a montré que le nombre de personnes au bénéfice d'une rente AI à la suite d'un accident a diminué de plus de 35 % en 2007 (1330) par rapport à la moyenne des années 2000 à 2006 (2134). Et le nombre de nouvelles rentes de ce type s'est encore réduit les années suivantes : en 2014, il n'était plus que de 814. La diminution du nombre de nouvelles rentes AI entraîne une baisse des recettes du recours AVS/AI. Pour simplifier, on a tablé depuis 2007 sur un recul linéaire de 9 millions de francs par année, ce que les chiffres des années suivantes ont confirmé.

A l'instar de l'AI, l'assurance-accidents au sens de la LAA voit ses recettes des actions récursoires reculer sous l'effet de la baisse du nombre de nouvelles rentes d'invalidité. Comme l'indique la statistique de l'assurance-accidents LAA 2010, le nombre de nouvelles rentes d'invalidité était de 3293 en 2007. En 2012, ce nombre est descendu à 1890 (statistique de l'assurance-accidents LAA 2014). En cinq ans, le nombre de nouvelles rentes d'invalidité a diminué de plus de 40 % (-1403). Les accidents déclarés ont légèrement augmenté ces dernières années, d'environ 1 % par année.

Relations internationales

Ressortissants d'Etats contractants, total des prestations versées à l'étranger, en millions de francs

	2014	Variation 2013/2014
Montant total des rentes AVS/AI¹	4'745	3,0%
Rentes AVS ²	4'237	3,5%
Rentes AI ³	454	-0,8%
Indemnités forfaitaires uniques	34	1,3%
Transferts de cotisations	20	-0,2%

1 Source : Annuaire statistique 2014, pp. 46 s., CdC

2 AVS : rentes de vieillesse et de survivants, y c. rentes complémentaires

3 AI : rentes principales et rentes pour enfant

Le tableau ci-dessus montre que les prestations AVS et AI versées à l'étranger à des ressortissants d'Etats avec lesquels la Suisse a conclu des conventions atteignent 4,7 milliards de francs. Ce montant correspond à 10,5 % des rentes ordinaires AVS et AI. Une série de conventions prévoient la possibilité de remplacer le versement de rentes minimales par

une indemnité forfaitaire unique ; cela concerne presque exclusivement des prestations de l'AVS. En outre, quelques conventions permettent de verser les cotisations AVS (d'employeur et de salarié) des ressortissants étrangers à l'assurance de leur pays d'origine, afin que ces cotisations soient prises en compte par celle-ci.

Ressortissants d'Etats contractants, nombre d'ayants droit à l'étranger

UE-27/AELE et autres Etats contractants ^{1,2}	2014	Variation 2013/2014
Nombre de rentes AVS³	735'366	3,1%
dont ressortissants de l'UE-27 ou de l'AELE	703'411	3,1%
dont de nationalité italienne (la majeure partie)	283'812	3,3%
Nombre d'ayants droit à des prestations de l'AI⁴	38'911	-4,6%
dont ressortissants de l'UE-27 ou de l'AELE	33'062	-4,6%
dont de nationalité italienne (la majeure partie)	7'752	-10,2%

1 Source : Annuaire statistique 2014, p. 36, CdC

2 UE-27 : la Croatie n'apparaît pas dans la liste des Etats de l'UE, car l'ALCP ne s'applique pas à cet état.

3 AVS : rentes de vieillesse et rentes de survivants (sans rentes complémentaires)

4 Rentes principales AI

Environ 735 000 ressortissants d'Etats contractants touchent des prestations de l'AVS à l'étranger ; près de 39 000 bénéficient de prestations de l'AI.

La plus grande partie des bénéficiaires vivent dans un Etat membre de l'UE ou de l'AELE ; les ressortissants italiens sont particulièrement nombreux à toucher des prestations de l'AVS ou de l'AI.

Evolution et mesures touchant l'ensemble du système

Autres prestations en lien avec l'étranger¹

	2014	Variation 2013/2014
Prestations AVS/AI versées à des ressortissants suisses à l'étranger		
Montant total, en millions de francs	1'707	4,2%
Assurance facultative AVS/AI		
Nombre d'assurés	14'932	-6,5%
Remboursement de cotisations à des ressortissants d'Etats non contractants		
Nombre de cas	3'318	13,4%
Montant total, en millions de francs	49	11,2%

¹ Source : Annuaire statistique 2014, pp. 29, 37 et 48, CdC

Le système de sécurité sociale est également au service des ressortissants suisses à l'étranger. Ceux-ci peuvent ainsi percevoir des prestations de l'AVS et de l'AI et s'affilier à titre facultatif à l'AVS/AI, à certaines conditions.

Les ressortissants de pays n'ayant pas conclu de convention avec la Suisse ne peuvent toucher les rentes ordinaires qu'à condition d'avoir leur domicile civil en Suisse et d'y résider habituellement. S'ils quittent la Suisse, ce droit est suspendu. S'ils n'ont pas droit à une rente au moment où le risque assuré se réalise ou s'ils quittent définitivement la Suisse avant la naissance du droit à la rente, ils peuvent, à certaines conditions, obtenir le remboursement des cotisations AVS versées par eux-mêmes et par leurs employeurs.

Entraide en matière de prestations dans l'assurance-maladie

En vertu de l'Accord sur la libre circulation des personnes conclu avec la CE (ALCP) et de la Convention AELE, la Suisse participe à l'entraide en matière de prestations dans l'assurance-maladie avec les Etats membres de l'UE et de l'AELE. C'est l'Institution commune LAMal (IC LAMal) qui, en tant qu'organe responsable, applique cette entraide.

Jouant le rôle d'organisme de liaison pour l'imputation des prestations entre assurances suisses et assurances étrangères, elle réclame à ce titre aux assureurs compétents des Etats membres de l'UE ou de l'AELE les coûts de l'entraide en matière de prestations qu'elle a avancés pour leurs

assurés. En 2014, ces coûts ont atteint 179,7 millions de francs (+3,6 % par rapport à 2013 ; les chiffres entre parenthèses indiquent toujours la variation par rapport à l'année précédente), pour un total de 194 601 cas (+15,1 %). D'autre part, elle réclame aux assureurs suisses compétents les coûts des prestations fournies dans les Etats membres de l'UE ou de l'AELE aux personnes assurées en Suisse, prestations qu'elle rembourse aux pays en question. Les organismes de liaison étrangers ont transmis à l'IC LAMal des factures concernant 123 934 cas (+3,1 %), pour un montant total de 78,8 millions de francs (-5,8 %).

Accords internationaux

Croatie : en raison du résultat du scrutin sur l'initiative « Contre l'immigration de masse » du 9 février 2014, l'élargissement de l'ALCP à la Croatie a été suspendu. La coordination des systèmes d'assurances sociales sur la base des règlements de l'UE déterminants prévue à l'annexe II de l'ALCP ne s'applique donc pas à cet Etat.

Uruguay : la convention de sécurité sociale signée le 11 avril 2013 entre la Suisse et l'Uruguay est entrée en vigueur le 1^{er} avril 2015 après avoir été ratifiée par les Parlements des deux Etats.

Chine : les négociations avec la Chine pour la conclusion d'une convention de sécurité sociale sont bien avancées.

Corée du Sud (République de Corée) : la convention avec la Corée du Sud a été signée le 21 janvier 2014. Le Conseil fédéral a approuvé le message relatif à cette convention le 21 mai 2014. Les procédures de ratification parlementaires sont achevées dans les deux Etats. La convention est entrée en vigueur le 1^{er} juin 2015.

Argentine : les négociations avec l'Argentine pour la conclusion d'une convention de sécurité sociale sont bien avancées.

Brésil : la convention avec le Brésil a été signée le 3 avril 2014. Le Conseil fédéral a soumis le message correspondant au Parlement le 5 novembre 2014 en vue de sa ratification.

Etats-Unis : lors de la session de printemps 2014, le Parlement a approuvé la convention révisée conclue avec les Etats-Unis. Celle-ci est entrée en vigueur le 1^{er} août 2014.

Autres conventions : le 4 juin 2014, la Suisse a ratifié la Convention n° 183 de l'Organisation internationale du Travail sur la protection de la maternité. Celle-ci est entrée en vigueur pour la Suisse le 4 juin 2015. Elle prévoit essentiellement un congé de maternité rémunéré d'au moins 14 semaines.

Evolution et mesures touchant l'ensemble du système

Recherche

La recherche sur la sécurité sociale

Conformément au message relatif à l'encouragement de la formation, de la recherche et de l'innovation (FRI), l'OFAS est responsable de la recherche sur la sécurité sociale. Il n'est pas le seul office fédéral à mener des recherches dans ce domaine ; d'autres offices participent à ces activités, en particulier le SECO (marché du travail et assurance-chômage) et l'OFSP (assurance-maladie et accidents). L'OFAG, l'ODM et l'OFL lancent eux aussi des projets de recherche dans ce domaine politique. Enfin, l'OFS récolte de nombreuses données sur la sécurité sociale et les prépare pour ses propres analyses ou pour d'autres. Le concept de recherche 2013-2016¹ a été réalisé sous la responsabilité de l'OFAS, en collaboration avec ces offices fédéraux. Il définit les axes de la recherche et de l'évaluation, garantit la transparence à l'intérieur et en dehors de l'administration, et permet une planification efficiente des fonds requis.

Les tâches de la recherche à l'OFAS

Les travaux de recherche et d'évaluation menés à l'OFAS touchent un large éventail de sujets, qui va de l'analyse des effets de mesures législatives, en particulier dans l'AVS, la prévoyance professionnelle et l'assurance-invalidité, à l'étude de questions relevant de la politique familiale, relatives par exemple à l'enfance, à la jeunesse et aux relations intergénérationnelles, en passant par l'élaboration des bases nécessaires à des modifications législatives et par l'évaluation des effets ou de la réalisation des objectifs de projets et programmes. En 2014, 40 projets de recherche et d'évaluation sur l'AVS, la PP, l'AI et les questions de la famille et de la jeunesse, ainsi que pour le Programme national de prévention et de lutte contre la pauvreté lancé en 2014, étaient en cours.

¹ Le plan directeur de recherche 2013-2016 « Sécurité sociale », le rapport annuel 2014 et tous les rapports de recherche publiés sont disponibles sur le site de l'OFAS, à l'adresse : www.ofas.admin.ch → Pratique → Recherche.

Projets de recherche et d'évaluation de l'OFAS ayant fait l'objet d'une publication en 2014 (sélection)

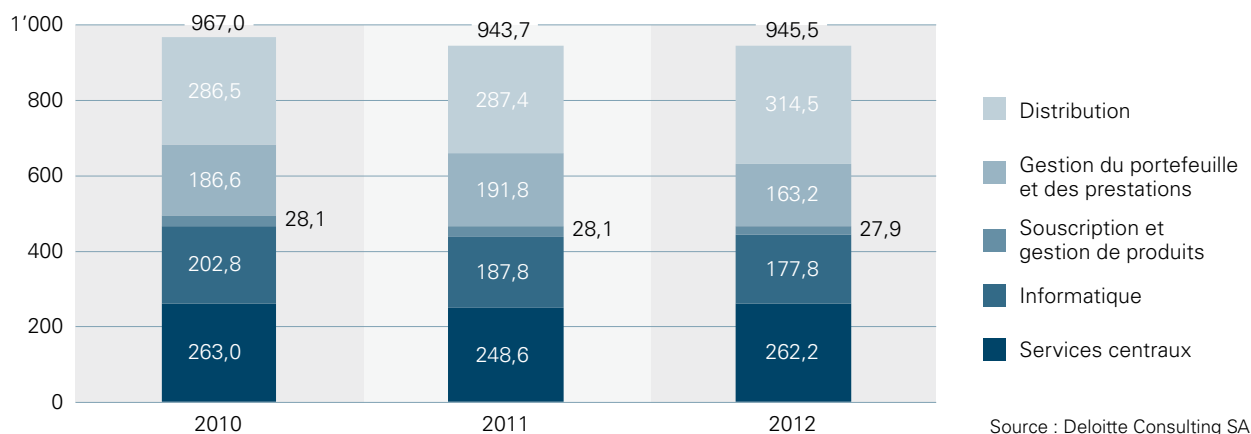
En novembre 2014, le Conseil fédéral a soumis au Parlement le message relatif à la réforme Prévoyance vieillesse 2020. A la même période, l'OFAS a publié des travaux de recherche fondamentaux, notamment une étude consacrée aux **effets des mesures prévues dans le 2^e pilier sur les coûts du travail, les salaires nets et l'emploi**, qui ont été analysés à l'aide d'un modèle de microsimulation. Ont été examinés, d'une part, les conséquences qu'aurait l'augmentation des bonifications de vieillesse, résultant de la suppression de la déduction de coordination combinée avec l'abaissement des taux de bonification, et, d'autre part, les effets de l'abaissement prévu du seuil d'accès à la LPP. Celui-ci aboutirait – comme la première mesure – à une hausse des cotisations LPP des salariés et des employeurs. Les auteurs du rapport estiment que les conséquences macroéconomiques seront relativement limitées. Un léger tassement de la demande de travail devrait se produire, mais seulement à court terme. Ils en concluent que la réforme devrait se traduire par un supplément de cotisations d'épargne réglementaires de l'ordre de 2,3 milliards de francs, ce qui représente 0,8 % de la masse salariale brute des personnes âgées de 25 à 65 ans. Un tiers en serait supporté par les employeurs. Cette augmentation des coûts salariaux devrait comprimer légèrement la demande de travail et réduire le volume de travail de 3000 équivalents plein temps, soit un recul de 0,1 %.

Une autre étude analyse la **structure et l'importance réelle des frais d'administration des assureurs-vie dans le domaine de l'assurance-vie collective**. Elle identifie les principaux facteurs de coût et les principaux potentiels de baisse des coûts, et formule des recommandations en vue d'augmenter la transparence dans la présentation des comptes.

L'analyse des coûts montre que, sur la période examinée (de 2010 à 2012), les coûts pour la distribution ont augmenté, mais qu'en revanche ceux pour la gestion (informatique, souscription et gestion de produits, gestion du portefeuille d'assurance et des

prestations) ont diminué. Les coûts des services centraux sont restés plus ou moins les mêmes (voir fig. 1). Pour les auteurs de l'étude, la raison principale de la hausse des coûts pour la distribution serait la croissance du marché. La baisse des coûts

Fig. 1 : Coûts de gestion par centre de coûts (en millions de francs)

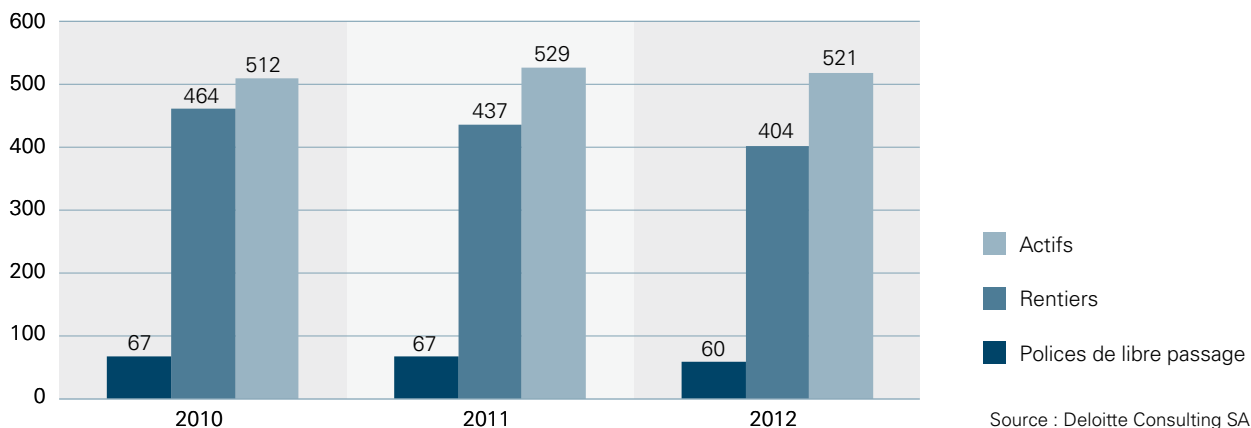


pour la gestion s'expliquerait, elle, par une gestion plus efficiente des sociétés d'assurance.

Les auteurs ont également évalué les processus d'imputation aux centres de coûts « actifs », « rentiers », et « polices de libre passage » (voir fig. 2). La hausse des coûts pour les actifs en 2011 et 2012 par rapport à 2010 résulte de l'augmenta-

tion des coûts pour la distribution. La réduction des coûts pour les rentiers est attribuable à des baisses de coûts dans le domaine informatique ainsi que dans la gestion du portefeuille et des prestations. Les auteurs observent que les processus d'imputation à ces centres de coûts pourraient être améliorés.

Fig. 2 : Coûts de gestion par centre de coûts (en millions de francs)



Evolution et mesures touchant l'ensemble du système

Commissions fédérales de gestion extraparlamentaires

Les commissions extraparlamentaires remplissent essentiellement deux fonctions. D'abord, à titre d'organes de milice, elles complètent l'administration fédérale dans certains domaines où cette dernière ne dispose pas des savoirs nécessaires. Ensuite, elles constituent un instrument efficace grâce auquel les organisations politiques, économiques ou sociales peuvent faire valoir leurs intérêts et exercer une influence plus ou moins directe sur les activités de l'administration. Elles peuvent être considérées comme un des instruments de la démocratie participative.

Le rapport présente les commissions fédérales dont les activités principales concernent le domaine qu'il couvre. Elles sont réparties par office fédéral compétent :

OFAS : Commission fédérale de l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (Commission AVS/AI), Commission fédérale de la prévoyance professionnelle (Commission LPP), Commission fédérale pour l'enfance et la jeunesse (CFEJ) et Commission fédérale de coordination pour les questions familiales (COFF)

SECO : Commission fédérale du travail et Commission de surveillance du fonds de compensation de l'assurance-chômage

OFSP : Commission fédérale des médicaments (CFM), Commission fédérale des prestations générales et des principes (CFPP) et Commission fédérale des analyses, moyens et appareils (CFAMA)

Commission fédérale de l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (Commission AVS/AI)

La Commission AVS/AI donne son avis au Conseil fédéral sur l'application et le développement de l'assurance-vieillesse et survivants et de l'assurance-invalidité.

Lors des cinq séances tenues en 2014, la commission a été informée par l'OFAS sur la réforme Prévoyance vieillesse 2020 en cours. Elle a pris connaissance de l'évaluation des résultats de la procédure de consultation et a discuté de la partie AVS du projet de loi fédérale ainsi que du projet d'arrêté fédéral sur le financement additionnel de l'AVS par le biais d'un relèvement de la TVA. Elle a également été informée des résultats de la consultation sur le projet de modification de la loi fédérale sur les prestations complémentaires.

La commission s'est penchée en outre sur les adaptations d'ordonnances dans les domaines de l'AVS, de l'AI, des APG, de la PP et des PC, ainsi que sur le projet de révision de la LPGA. Par ailleurs, compenswiss et ses activités lui ont été présentés en détail par la présidence du conseil d'administration des fonds de compensation.

Quant à la sous-commission AI, elle s'occupe des questions relatives à l'AI qui nécessitent un savoir spécialisé, apportant ainsi son soutien à la commission. Elle s'est réunie à quatre reprises en 2014, afin de discuter de la modification du règlement sur l'assurance-invalidité au 1^{er} janvier 2015, de projets dans le cadre du programme de recherche sur l'AI (PR-AI2), de projets pilotes au sens de l'art. 68^{quater} LAI ainsi que d'autres thèmes d'actualité pour l'AI. Pour sa part, la sous-commission des questions mathématiques et financières n'a pas tenu de séance en 2014, mais elle s'est prononcée par voie de circulaire sur l'adaptation des rentes 2015.

Commission fédérale de la prévoyance professionnelle (Commission LPP)

La Commission LPP donne son avis au Conseil fédéral sur l'application et le développement de la prévoyance professionnelle. Ses membres sont désignés par le Conseil fédéral.

La commission a siégé à deux reprises en 2014. Kurt Gfeller a quitté la commission à la fin de l'année. Le Conseil fédéral a désigné comme nouveau membre Erhard D. Burri. Durant ces séances, les principaux thèmes abordés ont été l'examen de la structure de la commission, l'appréciation des résultats de la consultation sur la réforme Prévoyance vieillesse 2020, le taux d'intérêt minimal LPP ainsi que les adaptations des rentes du 2^e pilier.

Commission fédérale pour l'enfance et la jeunesse (CFEJ)

La Commission fédérale pour l'enfance et la jeunesse (CFEJ) a pour mandat d'observer et d'analyser l'évolution de la situation des enfants et des jeunes dans la société. Elle est aussi chargée de formuler des propositions répondant aux aspirations de la jeune génération et d'examiner les conséquences qu'auront d'importantes dispositions légales pour les enfants et les jeunes. En tant que commission extraparlamentaire et organe consultatif du Conseil fédéral et d'autres autorités de la Confédération, la CFEJ peut se faire le porte-parole des enfants et des jeunes ainsi que de leurs préoccupations et revendications dans les divers processus décisionnels. Elle est souvent appelée à donner son avis dans le cadre de consultations portant sur des thèmes relatifs à l'enfance ou à la jeunesse.

Commission fédérale de coordination pour les questions familiales (COFF)

La COFF informe le public et les institutions concernées sur les conditions de vie des familles en Suisse et les sensibilise à ce sujet. Elle sert également de plaque tournante pour les échanges techniques entre l'administration et les organisations privées, ainsi qu'entre les diverses institutions actives sur le plan de la politique familiale. Elle met en évidence les lacunes dans le secteur de la recherche. Elle encourage, répertorie et évalue les travaux de recherche consacrés aux familles. Sur la base de leurs résultats, elle dégage des perspectives et suggère des mesures de mise en œuvre. Elle favorise les idées innovantes, recommande des mesures de politique familiale et donne des avis sur les projets de politique familiale.

Commission fédérale du travail

La Commission fédérale du travail donne son avis aux autorités fédérales sur des questions de législation et d'exécution dans le domaine de la loi sur le travail.

Commission de surveillance du fonds de compensation de l'assurance-chômage

La Commission de surveillance du fonds de compensation de l'assurance-chômage contrôle le fonds et en examine les comptes annuels ainsi que le rapport annuel à l'intention du Conseil fédéral. Elle assiste le Conseil fédéral dans toutes les questions financières relatives à l'assurance, notamment en cas de modification du taux de cotisation ainsi que pour la détermination des frais d'administration des structures d'exécution cantonales à prendre en compte. Elle assiste le Conseil fédéral dans l'élaboration des textes législatifs et peut formuler des propositions, en particulier dans le domaine des mesures relatives au marché du

Evolution et mesures touchant l'ensemble du système

travail (MMT). Elle est habilitée à émettre des directives générales relatives à l'exécution de MMT. La commission comprend sept représentants des employeurs, sept des travailleurs ainsi que deux de la Confédération, quatre des cantons et un des milieux scientifiques. Le Conseil fédéral nomme les membres et désigne le président. La commission a tenu six séances en 2014.

Commission fédérale des médicaments (CFM)

La CFM a tenu quatre séances en 2014 : elle a principalement examiné des demandes d'admission de médicaments dans la liste des spécialités (LS) ou de modification de médicaments dans la LS (extension des indications, modifications des limitations, augmentations de prix).

Commission fédérale des prestations générales et des principes (CFPP)

En 2014, la CFPP s'est réunie quatre fois et a été consultée une fois par écrit. Ses activités principales étaient consacrées au traitement des demandes concrètes relatives à de nouvelles prestations ainsi qu'à des prestations contestées ou faisant l'objet d'une prise en charge provisoire jusqu'à leur évaluation.

Commission fédérale des analyses, moyens et appareils (CFAMA)

La CFAMA n'a pas siégé au complet en 2014. La sous-commission des moyens et appareils et la sous-commission des analyses ont tenu deux séances chacune.

Jurisprudence

La jurisprudence revêt une grande importance pour l'application des assurances sociales, car elle clarifie les questions litigieuses d'interprétation des normes et contribue ainsi à la sécurité du droit. Il est vrai qu'elle n'agit directement que sur des cas particuliers. Mais elle acquiert une portée bien plus vaste lorsqu'elle traite de questions de principe, qui influent considérablement sur la fonction d'une assurance sociale, ou encore sur ses recettes ou ses dépenses. Les arrêts du Tribunal fédéral peuvent aussi révéler un besoin d'intervention au niveau de la législation.

Recours AVS/AI

Reclassement par l'AI réussi et rupture du privilège de recours lorsque le dommage corporel a été causé par négligence grave

2C_1087/2013 du 28 mai 2014

X., née en 1965, travaillait comme maîtresse d'enseignement spécialisé pour le Centre scolaire communal (CS) de Z. Comme elle n'était pas au bénéfice d'une formation en chimie, son collègue expérimenté Y. accomplissait avec elle, toujours après la sortie des classes, les expériences chimiques qu'elle devait préparer. Au début janvier 2001, ils ont fait tous deux une expérience avec de la poudre de pistolet à amorces, laquelle contient un mélange de soufre et de chlorate de potassium, consistant à provoquer une explosion par frottement du pilon dans le mortier. Après deux essais infructueux, Y. a vidé le reste des substances dans un plus grand mortier et a laissé X. broyer à nouveau le mélange. Il s'en est suivi une violente explosion et X. a subi des inhalations toxiques touchant gravement ses poumons et des blessures aux deux mains ; elle ne peut plus se servir de celles-ci au quotidien qu'en recourant à des moyens auxiliaires. Y. a été condamné pénalement, notamment pour lésions corporelles graves par négligence. En novembre 2012, l'AI a ouvert ac-

tion en paiement contre le CS de Z. pour un montant de près de 355 000 francs plus intérêts à 5 % sur 225 000 francs, en faisant valoir notamment les frais de reclassement, X. ayant été reclassée dans la profession d'éducatrice spécialisée (ce qui exclut l'octroi d'une rente). Les instances précédentes ont admis l'action de l'AI. Le CS de Z. a recouru au TF et celui-ci a rejeté le recours. Comme l'événement donnant lieu à la prétention récursoire s'est produit avant le 1^{er} janvier 2003 – c'est-à-dire avant l'entrée en vigueur de la LPGA –, ce sont encore les anciennes dispositions qui sont déterminantes (art. 52 aLAI en relation avec l'art. 48^{ter} aLAVS et l'art. 44 aLAA). En ce qui concerne l'exception de prescription soulevée par le CS de Z., l'instance précédente n'a pas statué arbitrairement en retenant, en application de l'art. 60, al. 2, CO en relation avec l'art. 70, al. 3, aCP, qu'au moment de la déclaration de recours, le 26 novembre 2002, la prescription de la créance n'était pas encore intervenue. En outre, c'est à juste titre que l'instance précédente a reconnu que la convention 1 ARCA-OFAS déploie ses effets aussi à l'égard du CS de Z. et non pas seulement à l'égard de son assurance R. SA. En effet, le CS de Z. a laissé à R. SA le soin de régler le dommage ; or, la réception sans réserve de l'annonce de recours et la délivrance de déclarations de renonciation à invoquer la prescription au nom du preneur d'assurance font aussi partie de cette délégation. On ne voit pas dans quelle mesure la Convention 1 ARCA-OFAS serait contraire à l'art. 141, al. 1, CO et ne devrait pas avoir d'effet à l'égard de tiers (consid. 3). C'est à juste titre que l'instance précédente a qualifié le comportement de Y. de gravement négligent. Il savait que seules de petites quantités des deux substances pouvaient être broyées sans danger. C'est notamment parce qu'il a utilisé une quantité nettement trop grande de matière – mesurable non pas en

Evolution et mesures touchant l'ensemble du système

milligrammes mais en grammes – qu'il s'est rendu coupable d'une faute grave. De son côté, X. ne peut se voir reprocher qu'une faute légère. Comme elle ne connaissait pas l'expérience et qu'elle ne disposait pas de documentation à son sujet, elle ne pouvait que se fier à Y. (consid. 4). Par ailleurs, on ne peut faire grief à l'instance précédente d'avoir inclus dans les frais de guérison et de réadaptation les frais des rapports médicaux et expertises avérés nécessaires pour entreprendre les soins et pour déterminer le besoin de reclassement, et de les avoir admis dans la créance récursoire (consid. 5.). Concernant les indemnités journalières pendant le délai d'attente, les conclusions du CS de Z. ne sont justifiées qu'en ceci qu'en raison de l'obligation légale de l'employeur de continuer à verser le salaire un certain temps, les indemnités journalières invoquées pour la même période ne peuvent pas être admises dans la créance récursoire (consid. 6.).

Assurance-invalidité

Méthode mixte (confirmation de la méthode pour évaluer le droit à la rente en faveur d'une personne assurée qui, en bonne santé, s'occupe du ménage et exerçait aussi une activité lucrative à temps partiel)

9C_693/2013 du 24 octobre 2014

Se fondant sur l'art. 28a, al. 3, LAI, la jurisprudence pose en règle générale que l'activité lucrative et les travaux habituels non rémunérés sont complémentaires dans le sens où ce qui ne relève pas de l'activité lucrative fait partie du travail dans le ménage. Pour le calcul, il en résulte que les deux domaines présentent ensemble en règle générale une valeur de 100 %. Cette interprétation correspond à la conception de l'assurance-invalidité, pensée comme une assurance générale couvrant les besoins vitaux en cas de survenance du risque assuré. En d'autres termes, la part ménagère n'est pas fixée en fonction de l'ampleur de l'activité relevant

des travaux habituels ; elle correspond au contraire, par principe, à la différence entre un taux d'occupation de 100 % et le taux d'occupation effectif. Peu importe donc combien de temps la personne assurée consacre aux travaux ménagers, qu'elle préfère prendre tout son temps pour certaines tâches ou au contraire les liquider le plus rapidement possible. Le principe selon lequel la taille du ménage n'est pas un critère déterminant vaut aussi pour les assurés actifs exclusivement dans le ménage : conformément à la jurisprudence, la part consacrée aux travaux habituels doit dans tous les cas être comptée pour 100 %.

Par cet arrêt, le Tribunal fédéral confirme que l'assurance-invalidité a, dès son origine, été conçue pour couvrir le risque « invalidité » de plusieurs catégories d'assurés. Autrement dit, lors de la survenance de l'invalidité, peuvent prétendre à des prestations du 1^{er} pilier les salariés, les indépendants, les personnes sans activité lucrative, les étudiants, les ménagères ou encore les membres de communautés religieuses.

Assurance-maladie

Point de départ du délai d'un an pour demander la restitution de prestations touchées indûment (art. 25, al. 2, LPG)

9C_517/2013 du 4 février 2014

Le délai d'un an prévu à l'art. 25, al. 2, LPG est un délai de péremption qui commence à courir le jour où l'assureur aurait dû connaître l'erreur en faisant preuve de l'attention que l'on pouvait raisonnablement attendre de lui. Dans le système du tiers garant défini à l'art. 42, al. 1, LAMal, le point de départ de ce délai ne correspond pas au moment du décompte des prestations et ainsi de la facturation des prestations médicales par le fournisseur, mais seulement au moment où l'assuré remet la facture à l'assureur tenu au remboursement et où commence le traitement de celle-ci.

Forme de la sommation au sens de l'art. 64a, al. 1, LAMal

9C_597/2014 du 10 décembre 2014

Un assureur possède une plate-forme électronique grâce à laquelle il met à la disposition de ses assurés leur correspondance sur leur compte personnel. Les assurés qui choisissent ce système renoncent à recevoir par la Poste leur courrier venant de l'assureur (police d'assurance, décomptes de prestations, bulletins de versement, courrier...). Le recourant a adhéré à cette plate-forme. L'assureur lui a notifié par cette voie un rappel, puis une sommation sous la forme d'un document PDF. Le recourant conteste qu'une telle sommation respecte la forme écrite prescrite par l'art. 64a, al. 1, LAMal. Selon le Tribunal fédéral, la signature originale n'est pas une condition de validité de la sommation. Le document PDF déposé par l'assureur sur la plate-forme, sur le compte personnel du recourant, remplit les exigences de l'art. 64a, al. 1, LAMal et l'envoi d'un document papier par voie postale n'est pas nécessaire. Une telle notification n'empêche pas l'assuré de se défendre contre la poursuite introduite contre lui.

Assurance-accidents

Gain assuré lorsque le droit à la rente prend naissance cinq ans après l'événement assuré

ATF 140 V 41 du 20 décembre 2013

Lorsque le droit à la rente ne prend naissance que cinq ans après l'événement assuré (cas d'application de l'art. 24, al. 2, OLAA), le gain assuré doit être fixé selon les règles en vigueur à ce moment-là. Selon le changement de jurisprudence effectué par le TF, cela s'applique également au montant maximum valable à l'époque en vertu de l'art. 22, al. 1, OLAA.

Selon la déclaration d'accident du 23 juillet 1999, l'assuré touchait à l'époque un salaire annuel de 106 556 francs, y compris la gratification, et, l'an-

née avant le début de la rente au 1^{er} janvier 2008, un salaire de 138 879 francs. Le gain effectif était donc, aussi bien au moment de l'accident qu'à celui de l'octroi de la rente – plus de cinq ans plus tard – supérieur au montant maximum du gain assuré. Alors que, dans sa décision du 21 juillet 2011, l'assurance-accidents se fondait encore sur un gain assuré de 106 800 francs pour calculer la rente, elle a ensuite corrigé ce facteur dans la décision sur opposition du 31 août 2012 en le ramenant à 97 200 francs, montant correspondant au gain maximum assurable au jour de l'accident. Le tribunal cantonal a approuvé cette position.

Pour sa part, l'assuré a invoqué l'argument selon lequel le gain assuré déterminant pour la rente en application de l'art. 24, al. 2, OLAA est fonction de la situation de l'année précédant le début de la rente. Selon lui, c'est dès lors le montant maximum valable à ce moment-là en vertu de l'art. 22, al. 1, OLAA, à savoir 106 800 francs, qui est déterminant. Le TF relève que la réglementation spéciale de l'art. 24, al. 2, OLAA a pour but de protéger contre les conséquences de la dépréciation monétaire les assurés auxquels une rente n'est allouée que bien des années après l'accident. Si l'on suivait le jugement attaqué, on aboutirait à des résultats inéquitables à divers égards. L'art. 24, al. 2, OLAA serait inapplicable à tous les assurés qui, déjà au moment de l'accident, gagnaient plus que le montant maximum fixé à l'art. 22, al. 1, OLAA. Si l'auteur de l'ordonnance avait voulu une telle interprétation restrictive, il aurait formulé la disposition en conséquence. Ces considérants amènent le TF à la conclusion que c'est à tort que l'instance précédente a calculé la rente sur la base d'un gain assuré de 97 200 francs. Pour fixer le montant de la rente, il faut au contraire partir du montant maximum du gain assuré applicable au jour précédent le début de la rente (31 décembre 2007), à savoir 106 800 francs.

Evolution et mesures touchant l'ensemble du système

Gain assuré en cas d'accident non professionnel et activité accessoire

8C_434/2014 du 19 décembre 2014

En cas d'accident non professionnel, le calcul du gain assuré ne tient pas compte du revenu d'une activité accessoire qui représente moins de huit heures de travail par semaine, en vertu du principe de l'équivalence.

Si l'assuré travaille pour plus d'un employeur, le salaire global est déterminant en vertu de l'art. 23, al. 5, OLAA. Cela s'applique aussi lorsque les activités sont assurées auprès de différents assureurs. Cependant, selon la jurisprudence, seuls sont pris en compte au titre du salaire déterminant les salaires sur lesquels des primes sont perçues pour financer le risque assuré. Cela a son importance notamment en cas d'accidents non professionnels lorsque l'assuré exerce encore, en plus de son activité lucrative principale, une activité accessoire de moins de huit heures par semaine. Dans ce cas, le calcul du gain assuré ne doit tenir compte que du revenu de l'activité principale.

Le TF relève qu'en date du 19 septembre 2014, le Conseil fédéral a publié un message additionnel relatif à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (FF 2014 7691). Il y est notamment proposé de classer le projet 1 soumis avec le message du 30 mai 2008. Dans le nouveau projet, le Conseil fédéral a renoncé à proposer une modification de l'art. 15 LAA. C'est pourquoi le TF a refusé de s'écarter de sa jurisprudence constante. Au contraire, il a confirmé que, pour tenir compte du principe de l'équivalence, l'art. 23, al. 5, OLAA ne s'applique qu'aux revenus pour lesquels il existe une couverture d'assurance. En cas d'accident non professionnel, il est exigé que le temps hebdomadaire de travail du travailleur soit d'au moins huit heures (art. 13, al. 1, OLAA). Si tel n'est pas le cas, le revenu de l'activité accessoire peut ne pas être pris en considération dans le calcul du gain assuré.

Allocations familiales

Droit direct des salariés aux allocations familiales vis-à-vis des caisses de compensation pour allocations familiales

ATF 140 V 233 du 8 mai 2014

Selon l'arrêt rendu le 8 mai 2014 par le Tribunal fédéral, c'est directement envers la caisse de compensation pour allocations familiales que les salariés peuvent faire valoir leur prétention à des allocations familiales. Les employeurs qui, en règle générale, versent les allocations aux salariés y ayant droit en vertu de l'art. 15, al. 2, de la loi fédérale sur les allocations familiales (LAFam) agissent en tant que simples organismes payeurs. Ils ne sont pas des organes d'exécution au sens de la loi et, de ce fait, la relation que crée ce versement ne fait naître aucun droit ni aucune obligation. C'est toujours la caisse de compensation pour allocations familiales qui est débitrice des allocations envers les salariés. Cet arrêt est important, puisqu'il pose en principe que l'employeur n'est pas tenu à restituer les allocations indûment perçues par ses salariés. Il s'ensuit que les caisses de compensation pour allocations familiales ne peuvent compenser les allocations indûment versées par des prestations dues à l'employeur ; elles doivent en exiger la restitution par les salariés concernés. Ce n'est donc pas l'employeur qui supporte le risque lié à l'encaissement, mais la caisse de compensation pour allocations familiales.

Abréviations

AA	Assurance-accidents
AC	Assurance-chômage
AF	allocations familiales
AI	Assurance-invalidité
ALCP	Accord entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes (Accord sur la libre circulation des personnes) (RS 0.142.112.681)
AM	Assurance militaire
AMal	Assurance-maladie
AOS	Assurance obligatoire des soins
APG	Allocations pour perte de gain
ATF	Arrêt du Tribunal fédéral
AVS	Assurance-vieillesse et survivants
CAF	Caisse de compensation pour allocations familiales
CDAS	Conférence des directrices et directeurs cantonaux des affaires sociales
CdC	Centrale de compensation
CDS	Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires
CFAMA	Commission fédérale des analyses, moyens et appareils
CFEJ	Commission fédérale pour l'enfance et la jeunesse
CFM	Commission fédérale des médicaments
CFPP	Commission fédérale des prestations générales et des principes
CGAS	Compte global des assurances sociales
CII	Collaboration interinstitutionnelle
CNA	voir sous SUVA
COFF	Commission fédérale de coordination pour les questions familiales
Commission fédérale de l'AVS/AI	Commission fédérale de l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité
Commission fédérale LPP	Commission fédérale de la prévoyance professionnelle
Consid.	Considération
CSSS-E	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats
CSSS-N	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national
DFI	Département fédéral de l'intérieur
FMH	Fédération des médecins suisses
IC LAMal	Institution commune LAMal
LAA	Loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (RS 832.20)
LACI	Loi fédérale du 25 juin 1982 sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité (RS 837.0)
LAFam	Loi fédérale du 24 mars 2006 sur les allocations familiales (RS 836.2)

Abréviations

LAI	Loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (RS 831.20)
LAMaI	Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (RS 832.10)
LAPG	Loi fédérale sur les allocations pour perte de gain en cas de service et de maternité (RS 834.1)
LAVS	Loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants (RS 831.10)
LFA	Loi fédérale du 20 juin 1952 sur les allocations familiales dans l'agriculture (RS 836.1)
LFLP	Loi fédérale du 17 décembre 1993 sur le libre passage dans la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité (RS 831.42)
LPC	Loi fédérale du 6 octobre 2006 sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (loi sur les prestations complémentaires) (RS 831.30)
LPGA	Loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (RS 830.1)
LPP	Loi fédérale du 25 juin 1982 sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité (RS 831.40)
LPPCi	Loi fédérale du 4 octobre 2002 sur la protection de la population et sur la protection civile (RS 520.1)
OFAG	Office fédéral de l'agriculture
OFAS	Office fédéral des assurances sociales
OFL	Office fédéral du logement
OFS	Office fédéral de la statistique
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OLAA	Ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents (RS 832.202)
OPAS	Ordonnance du DFI du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (RS 832.112.31)
ORP	Office régional de placement
PC	Prestations complémentaires
PIB	Produit intérieur brut
PLP	Prestations de libre passage
PP	Prévoyance professionnelle
RAI	Règlement dur l'assurance-invalidité (RS 831.201)
RPT	Réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons
SAS	Statistique des assurances sociales suisses (318.122.10.f)
SECO	Secrétariat d'Etat à l'économie
SEFRI	Secrétariat d'Etat à la formation, à la recherche et à l'innovation
SUVA (CNA)	Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents
SwissDRG	Swiss Diagnosis Related Groups
TV	Taux de variation
TVA	Taxe sur la valeur ajoutée
VSI	(Prévoyance) vieillesse, survivants et invalidité