

16

Assurances sociales 2016

Rapport annuel selon l'article 76 LPGA



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Assurances sociales 2016

Rapport annuel selon l'article 76 LPGA

Approuvé par le Conseil fédéral le 5 juillet 2017

Publié par l'Office fédéral des assurances sociales, 2017
OFCL, Diffusion publications, CH-3003 Berne,
www.bundespublikationen.admin.ch

Photo couverture : Walter Schurter, Köniz

318.121.14F 350 08.16 860396664

Informations complémentaires sur les assurances sociales

Statistique de poche « Les assurances sociales suisses » 2017

Numéro de commande 318.001.17F (français), 318.001.17D (allemand), 318.001.17E (anglais)

« Statistique des assurances sociales suisses » 2017 (parution fin 2017)

Numéro de commande 318.122.17F (français), 318.122.17D (allemand)

Statistiques actuelles pour les différentes assurances sociales :

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

Remarque :

les chiffres étant arrondis, il se peut que les totaux dans les tableaux diffèrent légèrement de la somme des lignes ou des colonnes.

Titre abrégé : Assurances sociales 2015, rapport annuel du Conseil fédéral

Table des matières

Avant-propos	3
Survol général, perspectives et principaux développements	5
Résultats 2016: AVS, AI, PC et APG	5
Raisons de la progression des dépenses de 2010 à 2015	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	25
AVS Assurance-vieillesse et survivants	26
AI Assurance-invalidité	34
PC Prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI	42
PP Prévoyance professionnelle	46
AMal Assurance-maladie	52
AA Assurance-accidents	64
AM Assurance militaire	68
APG Allocations pour perte de gain	72
AC Assurance-chômage	76
AF Allocations familiales	80
Evolution et mesures touchant l'ensemble du système	88
Aides financières à des organisations de l'aide privée aux personnes âgées ou handicapées	88
Recours contre le tiers responsable	91
Relations internationales	92
Recherche	95
Commissions extraparlimentaires fédérales	98
Jurisprudence	101
Abréviations	106

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. Il présente les stratégies suivies pour faire face aux défis à relever.

Le rapport 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 2016, mais tient également compte de l'évolution jusqu'à la fin de la session d'été 2017, le 16 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 des assurances sociales (CGAS) dépend des données disponibles les plus récentes. Dans le présent rapport, le compte global se base sur les données relatives à l'état fin 2015, tel qu'elles se présentaient en avril 2017 (donc parfois encore provisoires).

Survol général, perspectives et principaux développements

Résultats 2016 : 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. Les cotisations à l'AVS et à l'AI ont progressé de 1,5 % en 2016 et leur croissance moyenne a été de 1,9 % de 2011 à 2015. Après la faiblesse conjoncturelle consécutive à la crise financière, les recettes provenant des cotisations ont de nouveau augmenté d'une année à l'autre.

AVS : en 2016, l'AVS a connu une augmentation des cotisations de 1,5 % (contre 1,6 % en 2015) 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 1,8 % en 2016, contre 1,4 % en 2015, année d'adaptation des rentes. La somme des rentes versées a donc progressé davantage que celle des cotisations (1,8 % contre 1,5 %), ce qui a entraîné une détérioration du résultat d'exploitation. Grâce au produit des placements, le résultat d'exploitation a néanmoins été positif en 2016, avec un solde de 438 millions de francs. Le résultat de répartition hors rendement des placements, qui reflète l'activité d'assurance proprement dite, a vu son déficit se creuser, passant de 579 millions de francs en 2015 à 767 millions en 2016.

AI : pour la cinquième fois consécutive, l'AI a réalisé en 2016 un excédent (823 millions de francs contre 614 millions l'année précédente). Le résultat de répartition hors produit des placements a atteint 692 millions de francs (contre 645 millions en 2015). Ces résultats positifs sont attribuables à des recettes supplémentaires temporaires (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 (-96 millions de francs en 2016). La somme des rentes AI ordinaires diminue depuis 2007, passant de 6,1 à 4,7 milliards de francs.

PC : les dépenses des prestations complémentaires (PC), allouées sous condition de ressources, ont atteint 4,9 milliards de francs en 2016, affichant une progression de 2,5 % contre 2,2 % l'année précédente. 16,4 % 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 2015, elles ont amélioré de 8,0 % la somme des rentes AVS ; 12,5 % des bénéficiaires de rente de vieillesse et 8,9 % des personnes percevant une rente de survivants ont bénéficié de PC en Suisse.

PC à l'AI : les dépenses des PC à l'AI ont augmenté de 2,1 % en 2016. Ces vingt dernières années, la croissance a seulement été inférieure en 1996, en 2013 et en 2015. La part des PC dans la somme des rentes AI a augmenté, passant à 47,4 %. En 2016, 46,0 % des bénéficiaires de rente AI ont perçu des PC.

APG : les dépenses du régime des APG ont augmenté de 2,5 % en 2016. En raison de l'abaissement du taux de cotisation de 0,5 point (à 0,45 %) pour une durée de cinq ans, les recettes ont diminué de 8,7 % en 2016. Par conséquent, le résultat de répartition s'est affaibli, passant d'un excédent de 115 millions de francs à un déficit de 87 millions de francs. La somme des liquidités et des placements du Fonds de compensation du régime des APG est passée de 53 % des dépenses d'une année en 2015 à 50 % à peine en 2016.

Survol général, perspectives et principaux développements

Résultats 2006 à 2016: AVS, AI et PC

Le graphique ci-dessous montre que tous les taux de variation enregistrés ces deux dernières années sont de l'ordre de 2 % (à l'exception de ceux de l'AI). Du fait de la stabilité des prix de ces dernières années, les dépenses dans le domaine de la prévoyance VSI sont elles aussi restées relativement stables.

AVS : l'évolution des dépenses de l'AVS se caractérise par des taux de variation comparativement modestes 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.

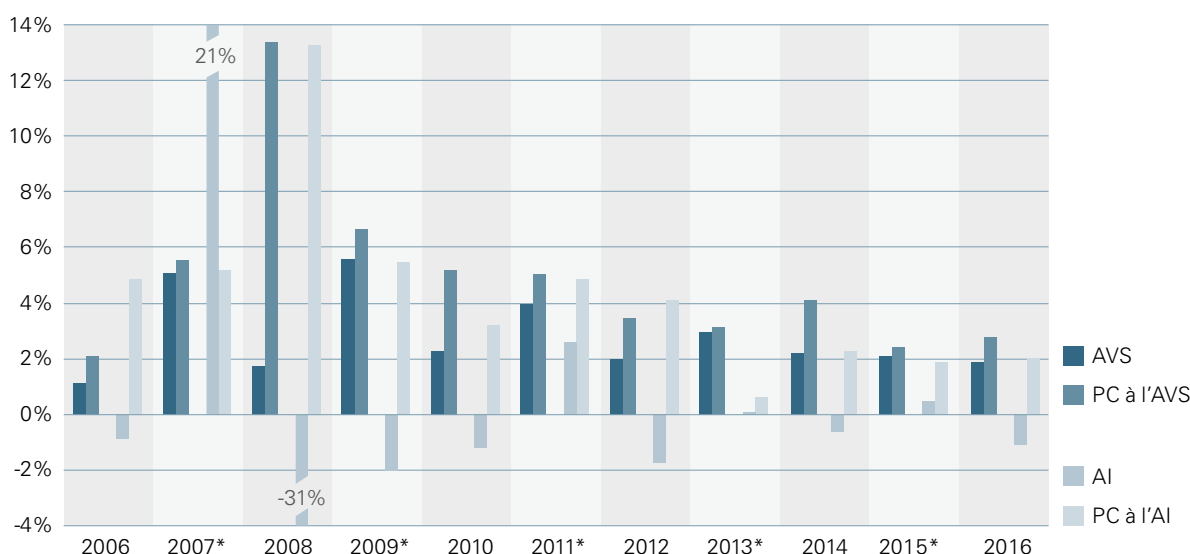
AI : les dépenses de l'AI ont diminué de 1,1 % en 2016, surtout en raison de la baisse des intérêts de la dette que l'AI verse à l'AVS. Dans l'ensemble, les taux de croissance des dépenses de l'AI sont plus faibles depuis 2004 si l'on exclut les dépenses au titre de la réforme de la péréquation financière 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 aux écoles spéciales et des subventions pour la construction et l'exploitation de homes, d'ateliers et de centres de jour rendent impossible toute comparaison directe avec les années 2007 et 2008.

PC à l'AVS : leur évolution est 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 a résulté de la réorganisation des PC à la suite de la RPT.

PC à l'AI : de 2010 à 2016, les PC à l'AI ont enregistré les taux d'accroissement les plus faibles depuis 2000. Ces taux sont néanmoins élevés sur l'ensemble de la période considérée, dépassant généralement ceux de l'AI elle-même, sauf en 2007. Le bond observé en 2008 résulte de la réorganisation des PC à la suite de la RPT.

Dépenses du 1^{er} pilier de la prévoyance VSI de 2006 à 2016, taux de variation



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

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

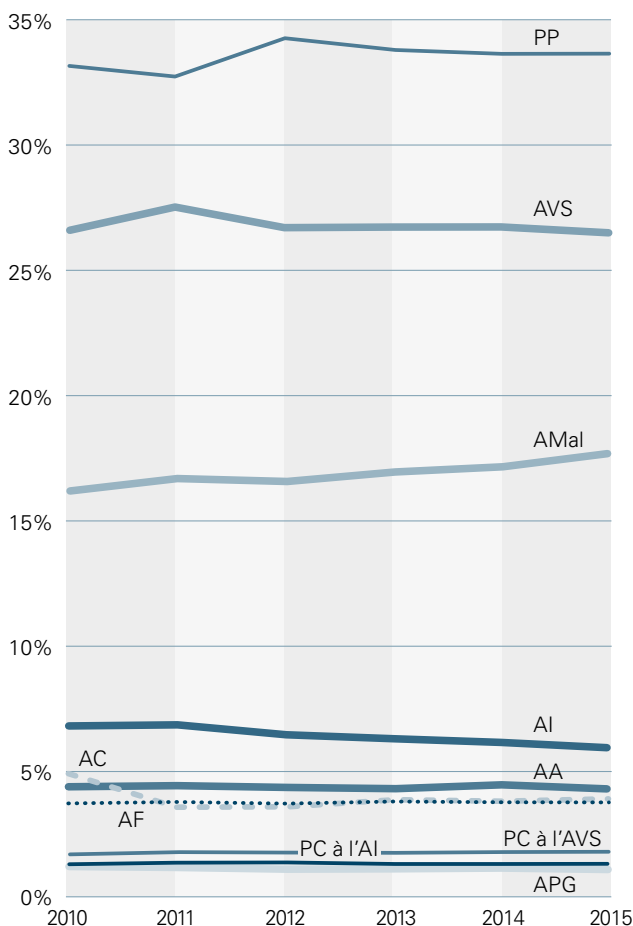
Source : CGAS de l'OFAS, SAS 2017

Raisons de la progression des dépenses de 2010 à 2015

Dans les assurances sociales, les recettes fluctuent moins que les dépenses, dont l'évolution dépend principalement des risques couverts. Le **CGAS** offre une vue d'ensemble précise des recettes et des dépenses respectives ; il est fondé sur les données de 2015.

Les dépenses totales consolidées ont été de 138 milliards de francs en 2010 et de 158 milliards en 2015. Les dépenses consolidées de l'AC sont corrigées des cotisations aux assurances sociales (AVS/AI/APG/AA/PP) versées sur les prestations de l'AC. Les paragraphes suivants esquissent les principales évolutions des différentes assurances sociales classées en fonction de leur importance relative dans les dépenses totales.

Evolution de la part des dépenses de 2010 à 2015



Source : CGAS de l'OFAS, SAS 2017

Le graphique ci-dessus présente l'évolution des dépenses des différentes assurances sociales sur cinq ans, de 2010 à 2015.

- La **PP** est l'assurance qui enregistre les dépenses les plus importantes et celle dont les dépenses ont le plus progressé au cours des cinq dernières années (+7,4 milliards de francs). La part de ses dépenses dans le compte global est passée de 33,5 % à 33,9 %. Cette augmentation est également due au fait que la PP est encore en phase de constitution.
- Les dépenses de l'**AVS** ont augmenté exactement dans la même proportion que celles du compte global. Leur part dans les dépenses totales est par conséquent restée la même depuis 2010 (26,5 %).
- Troisième assurance sociale par sa taille, l'**AMal** est l'assurance dont le taux de dépenses a le plus augmenté (4,6 %) au cours des cinq années considérées. La part de ses dépenses dans le compte global est passée de 16,1 % à 17,6 %. Alors que les dépenses de l'**AMal** ne représentent que la moitié environ de celles de la PP, elles ont augmenté de 5,6 milliards de francs durant la période de 2010 à 2015, soit presque autant que celles de la PP.
- L'**AI** reste en quatrième position en 2015, bien que sa part soit passée de 6,8 % à 5,9 % durant cette période. Cette évolution s'explique par le recul, de 2,0 %, des prestations sociales versées depuis 2010 et par la baisse des intérêts de la dette en 2016. La part des dépenses de l'AI dans le compte global était la plus élevée en 2005 (9,9 %).

Survol général, perspectives et principaux développements

- **L'AA** arrive en cinquième position pour ce qui est de la part de ses dépenses dans les dépenses totales, celle-ci n'ayant pas connu d'évolution notable (2015 : 4,3 %).
- La part des dépenses de **l'AC** dans l'ensemble de celles des assurances sociales a oscillé entre 4,0 % et 5,4 % au cours de la période de 2010 à 2015. Elle a atteint son maximum en 2010 à la suite de la crise économique de 2009/2010 et a légèrement progressé la dernière année sous revue. Puisque l'AC couvre un risque économique, il est normal que ses finances fluctuent en fonction de la conjoncture. 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 ont été générées par le relèvement, au 1^{er} janvier 2011, du taux de cotisation de 2 % à 2,2 % sur le salaire annuel déterminant jusqu'à 126 000 francs (148 200 francs depuis le 1^{er} janvier 2016). Pour la réduction de la dette, un pourcentage de solidarité est prélevé, depuis le 1^{er} janvier 2011, sur les tranches de salaires comprises entre le montant maximal du gain assuré, soit 126 000 francs (148 200 francs depuis le 1^{er} janvier 2016) et 315 000 francs (deux fois et demie ce montant). Le pourcentage de solidarité a été dé plafonné 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, après déduction des fonds de roulement nécessaires à l'exploitation. En 2016, les recettes se sont montées à 7,6 milliards de francs et les dépenses à 7,4 milliards. Les premières ont augmenté de 1,6 % par rapport à l'année précédente et les secondes, de 8,4 %. Le compte de résultat

affiche 0,2 milliard de francs. L'AC a ainsi pu continuer de réduire ses dettes, et son capital propre était de -1,4 milliard de francs fin 2016.

- Parmi les instruments de sécurité sociale dont la charge financière est la plus modeste, les **AF** et les **PC à l'AVS** ont légèrement gagné en importance depuis 2009. L'importance du régime des **APG** a un peu diminué. Les **PC à l'AI**, qui représentent environ 1 % des dépenses totales, viennent clore cette présentation. Leur importance est restée la même au cours de la période allant de 2010 à 2015.

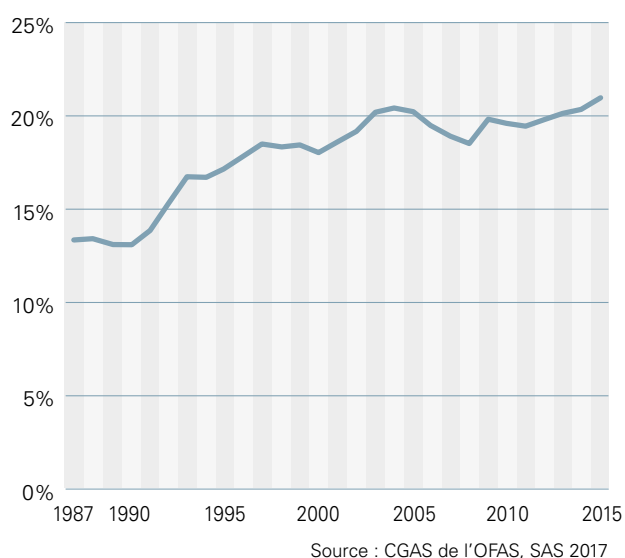
En résumé, ce sont avant tout l'AMal et la PP qui ont contribué plus que la moyenne à l'augmentation des dépenses de sécurité sociale de 2010 à 2015 selon le CGAS, tandis que l'AI et l'AC y ont contribué moins que la moyenne. La part de l'AVS, des PC, des AF et de l'AA dans le CGAS est restée quasiment inchangée durant cette période.

L'aide sociale, avec ses prestations de droit public octroyées sous condition de ressources, touche de près le domaine des assurances sociales. Par rapport au CGAS, l'aide sociale représenterait, avec 2,6 milliards de francs de dépenses en 2015 (dernière année disponible), 1,7 % des dépenses des assurances sociales (qui atteignaient 152,7 milliards de francs). Le taux de croissance moyen des dépenses d'aide sociale entre 2009 et 2014 s'est élevé à 7,8 %. Avec un taux d'aide sociale s'élevant en 2015 à 3,2 % de la population résidente de Suisse, elle joue un rôle important parmi les instruments de politique sociale. En 2015, ce taux est sensiblement plus élevé pour les ménages composés d'un adulte et d'un enfant mineur (22,1 %).

Le taux des prestations sociales¹, indicateur des prestations des assurances sociales

Le taux des prestations sociales vise à déterminer la part de la production économique globale à laquelle pourraient prétendre les bénéficiaires de prestations des assurances sociales. En tant qu'**indicateur** du rapport entre protection sociale et économie, il fournit des informations utiles, notamment sur l'**évolution** de l'État social.

Taux des prestations sociales, de 1987 à 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. Il est passé de 13,3 % en 1987 à 20,9 % en 2015

(hausse de 7,6 points). Le passage de 20,1 % à 20,3 % en 2014 est résulté du fait que la croissance du PIB est restée inférieure à celle des assurances sociales : pour que le taux des prestations sociales reste à 20,1 %, il aurait fallu que l'augmentation de ces prestations corresponde à la croissance nominale du PIB, soit 1,4 % ; mais elle a été en fait de 2,3 %. Le CGAS 2015 met en évidence une nouvelle progression notable du taux des prestations sociales de 0,6 point. Plus de la moitié de cette variation est imputable à la hausse des prestations sociales dans l'AMal et dans la PP, les chiffres étant de 0,24 point dans l'AMal, 0,19 point dans la PP, 0,13 point dans l'AVS et 0,05 point dans l'AC. Pourtant cet indicateur avait retrouvé en 2008 son niveau de 1997 – à savoir 18,5 % – après avoir atteint 20,4 % en 2004. En 2009, il a brusquement augmenté pour s'inscrire à 19,8 %. Ce bond est dû à un recul du PIB de 1,7 % et à une hausse des prestations sociales de 5,1 %. Avec des taux de croissance de respectivement 2,2 % et 1,3 %, les prestations sociales ont connu en 2010 et en 2011 une augmentation plus faible que celle du PIB. En 2010, grâce à une hausse de 3,3 % du PIB, le taux des prestations sociales a reculé de 0,2 point pour s'établir à 19,6 % ; en 2011, il a de nouveau perdu 0,2 point pour arriver à 19,4 % sur fond d'une hausse toujours marquée du PIB (+2,0 %). En 2012 et en 2013, la croissance des prestations sociales a été, à l'inverse, plus forte que celle du PIB. Le taux des prestations sociales a en conséquence augmenté de respectivement 0,4 et 0,3 point. Avec 20,3 % en 2014, il retrouve le niveau qui était le sien dix ans plus tôt, tandis que le taux de 20,9 % affiché en 2015 est la plus forte valeur jamais enregistrée. La contribution la plus importante à la croissance des prestations sociales depuis 1987, en chiffres absolus, est celle de la prévoyance professionnelle, qui n'a pas encore achevé sa phase de constitution. Viennent ensuite, les prestations de l'AVS, puis celles de l'AMal, dont l'impact est beaucoup moins important.

¹ L'OFAS a publié un indicateur similaire jusqu'en 2015. Les prestations sociales des comptes globaux de la protection sociale (CGPS) comprennent, outre les assurances sociales, divers domaines de la protection sociale au sens des normes internationales (SAS 2016, p. 4.) .

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. En 2016, elle a pu couvrir 21 % (2,8 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 2016, en millions de francs

	2016	Variation 2015/2016
Contributions de la Confédération¹		
à l'AVS	8'315	1,9%
à l'AI		
Contribution ordinaire	3'525	-0,2%
Contribution supplémentaire aux intérêts de l'AI	30	-81,2%
aux PC	1'501	2,9%
Total	13'371	0,5%
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	2'131	-3,1%
Alcool ²	224	0,7%
Part de la TVA	473	0,1%
Total	2'827	-2,3%

1 Contributions dues en vertu du compte final des assurances sociales, avril 2017

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 la stabilité politique spécialement nécessaire en périodes d'insécurité et, partant, un avantage concurrentiel sur le plan économique. La sécurité sociale est en outre l'un des principaux domaines d'activité de la Confédération, qui consacre aux dépenses sociales plus du tiers de son budget.

Les changements sociaux, économiques et démographiques posent à notre système de sécurité sociale des défis majeurs, auxquels il faut trouver des réponses adéquates et susceptibles de rallier une majorité. Le Conseil fédéral poursuit pour y parvenir une stratégie large et cohérente, qui permet aussi bien de piloter les assurances sociales à long terme que de réagir aux changements à court terme.

Le présent chapitre décrit les défis actuels ou prévisibles auxquels le système des assurances sociales est ou sera confronté, et explique les objectifs stratégiques et les mesures par lesquelles le Conseil fédéral entend y répondre. On trouvera dans les chapitres consacrés aux différentes assurances de plus amples détails sur les mesures prises et les réformes prévues.

Contexte social, économique et politique

La société a profondément changé au cours des dernières décennies. Cette évolution a un impact considérable sur la sécurité sociale. Les éléments les plus déterminants pour l'élaboration d'une stratégie en matière de politique sociale sont :

- le vieillissement démographique, qui s'accroît encore jusqu'en 2060 et qui constitue un enjeu pour le financement des assurances sociales ;
- la diversité croissante des formes de vie et de partenariat, qui va de pair avec une plus grande instabilité des structures familiales traditionnelles ;
- l'évolution technologique et la mondialisation de l'économie, qui accroissent les exigences posées aux travailleurs en matière de qualification ;
- divers déséquilibres dans le développement économique des grandes régions du monde (maintien de hauts niveaux d'endettement public et de déséquilibres commerciaux massifs) conférant à l'ensemble du système économique une fragilité marquée et augmentant l'incertitude qui rendent toute prévision, faite dans un tel environnement, très risquée ;
- le niveau bas des taux d'intérêt, voire les intérêts négatifs qui rendent plus difficile le financement à long terme de la sécurité sociale et en accroissent les risques ;
- l'augmentation de la pression migratoire, qui s'accompagne de grandes opportunités, mais aussi de risques financiers pour les assurances sociales ;
- la polarisation accrue des débats politiques, qui rend plus ardue la recherche de solutions consensuelles et de compromis ;

Stratégie dans le domaine de la sécurité sociale

- la numérisation et la robotisation qui transforment l'économie, la société et le monde du travail au prix de conséquences financières et structurelles sur les assurances sociales dont l'ampleur ne peut pas être évaluée avec précision à l'heure actuelle.

Ces évolutions déploient des effets importants sur le système de sécurité sociale. Les phénomènes économiques évoqués ont par exemple entraîné un relèvement du socle de chômage incompressible. Après chaque baisse de la conjoncture, un plus grand nombre de personnes ne trouvent plus de place dans le monde du travail, faute d'une qualification suffisante. Autre effet : les rendements durablement bas, voire négatifs, de placements relativement sûrs augmentent la pression exercée sur le 2^e pilier de la prévoyance vieillesse, incitant à procéder à un placement du capital des assurés plus risqué, afin de réaliser un rendement suffisant. Dans ce contexte, une éventuelle crise des marchés financiers pourrait avoir des conséquences très graves pour les institutions de prévoyance. Quant à la digitalisation et à la robotisation, à côté de tous les progrès que ces évolutions technologiques laissent espérer, elles peuvent également, par leurs conséquences sur le marché du travail (exigences en termes de qualification, disparition de certaines tâches, substitution du travail par du capital) et indirectement sur l'assiette fiscale avoir des conséquences certes temporaires, mais négatives, sur la sécurité sociale.

Objectifs stratégiques

La stratégie du Conseil fédéral concrétise la « Stratégie pour le développement durable 2016-2019 »¹, qui poursuit pour le domaine de la politique sociale la vision à long terme suivante : « Les systèmes de sécurité sociale sont pérennisés et leur financement est assuré à long terme. Ils sont adaptés à l'évolution du contexte économique et social afin d'assurer le minimum vital pour tous. Les opportunités d'avoir une société inclusive, solidaire et diversifiée sont saisies. La pauvreté et l'isolement social ont disparu, car la couverture des besoins fondamentaux est assurée et l'accès aux biens, à la santé, à l'éducation, à l'emploi, aux moyens de communication et à la culture nécessaires pour vivre dignement est garanti pour tous. Les défis posés par les évolutions économiques, écologiques et sociales sont anticipés. »

La stratégie en matière de politique sociale vise à réaliser les objectifs sociaux définis dans la Constitution² et à mettre en œuvre les objectifs de la législature³ ainsi que les objectifs annuels du Conseil fédéral⁴. À moyen terme, les objectifs de la législature visent :

- à permettre à l'ensemble de la population de participer à la vie économique et sociale ;
- à adapter la sécurité sociale à l'évolution des conditions sociétales et économiques ;
- à assurer son financement ;
- à adapter les systèmes d'intégration et de couverture les uns aux autres de manière optimale, et à en exploiter les prestations de manière efficace ;

1 Cette stratégie fait partie du message sur le programme de la législature 2015-2019 et formule des visions pour un développement durable de la Suisse. Elle a été adoptée le 27.1.2016

2 Art. 41 Cst.

3 www.bk.admin.ch → Documentation → Publications → Planification politique → Programme de la législature

4 www.bk.admin.ch → Documentation → Publications → Planification politique → Les Objectifs

- à soutenir les personnes pauvres et les personnes menacées de pauvreté pour qu'elles puissent se réinsérer sur le plan professionnel et social ;
- à intégrer les personnes handicapées dans tous les domaines de la vie sociale, économique et politique.

À court terme, les objectifs pour 2015 étaient les suivants :

- réformer les assurances sociales et en assurer le financement durable (objectif 12) ;
- pourvoir à la fois à un système de soins de qualité qui soit financièrement supportable et à des conditions favorables à la santé (objectif 13) ;
- encourager la cohésion sociale et garantir le respect de l'égalité des sexes (objectif 10) ;
- créer les conditions-cadres nécessaires pour que la numérisation puisse contribuer à garantir et à accroître la prospérité (objectif 3).

Prévoyance vieillesse

Situation et défis

L'évolution économique et démographique place le système suisse de prévoyance vieillesse face à des défis de taille qui exigent des solutions à moyen et à long terme. Le vieillissement démographique pèse tout particulièrement sur le 1^{er} pilier, financé par répartition, car il influence défavorablement la structure d'âge des assurés dans l'AVS. En effet, la part des actifs baisse considérablement par rapport à celle des personnes à la retraite. Les assurés de la génération à forte natalité, nés dans les années 1950 et 1960 (baby-boom), atteignent progressivement l'âge de la retraite. Après 2014 (-320 millions de francs) et 2015 (-579 millions de francs), le résultat de répartition de l'AVS a aussi été négatif en 2016 (-766 millions de francs), ce qui reflète un déficit structurel évident. Ce déficit ne cessera de se creuser et – à défaut de mesures adéquates – l'équilibre financier de l'AVS sera menacé dans quelques années déjà. S'agissant du 2^e pilier, financé par capitalisation, le principal défi provient du bas niveau des rendements des capitaux. Les prestations de vieillesse promises aux assurés qui partent actuellement à la retraite se fondent sur une disposition légale, à savoir un taux de conversion minimal de 6,8 %, qui ne correspond plus aux conditions du marché. En moyenne, cela fait dix ans que les institutions de prévoyance ne parviennent plus à obtenir le rendement qui serait nécessaire pour honorer les promesses de prestation. Pour réaliser les rendements en capital nécessaires, il faudrait procéder à des placements à hauts risques, ce qui menacerait la stabilité du système. Cette situation débouche sur une redistribution des actifs vers les retraités dans le 2^e pilier, redistribution qui est étrangère à la logique du système.

Stratégie dans le domaine de la sécurité sociale

Objectifs et mesures stratégiques

Les tentatives de réforme précédentes qui auraient permis de résoudre certains problèmes ont échoué ; en 2004, ce fut la première version de la 11^e révision de l'AVS et, en 2010, la nouvelle version de la 11^e révision de l'AVS (adaptation du taux de conversion minimal). Le Conseil fédéral et le Parlement ont donc décidé de renoncer à de nouvelles réformes ne portant que sur l'un ou l'autre pilier, en faveur d'une stratégie fondée sur la réforme globale de la prévoyance vieillesse. Une telle approche offre aux citoyens une vision d'ensemble qui leur permet d'évaluer en toute transparence les conséquences concrètes de la réforme sur les retraites. Par ailleurs, cette vision d'ensemble est plus à même d'aboutir sur une réforme équilibrée et une répartition équitable des avantages et des inconvénients.

La réforme Prévoyance vieillesse 2020 contient les principaux éléments suivants :

- 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 entre l'âge de 62 et de 70 ans ;
- adaptation du taux de conversion minimal dans la prévoyance professionnelle obligatoire à l'évolution de l'espérance de vie et des rendements des capitaux ;
- maintien du niveau des prestations dans la prévoyance professionnelle par un renforcement de la capitalisation et par des mesures de compensation pour la génération transitoire et, dans l'AVS, par un supplément mensuel de 70 francs sur toutes les nouvelles rentes de vieillesse et un relèvement du plafond des rentes pour les personnes mariées (passant de 150 à 155 %) ;
- amélioration de la répartition des excédents, de la surveillance et de la transparence dans les affaires relevant du 2^e pilier ;

- amélioration de la prévoyance pour les personnes ayant de bas revenus ou travaillant pour plusieurs employeurs (en majorité des femmes) ;
- financement additionnel en faveur de l'AVS par le biais d'un relèvement proportionnel de la TVA de 0,6 point ;
- cession à l'AVS de la part du pour-cent démographique de TVA revenant actuellement à la Confédération (17 %) ;
- possibilité, pour les employés dont les rapports de travail ont été dissous par l'employeur alors qu'ils ont atteint l'âge de 58 ans, de rester assuré dans le 2^e pilier.

Les débats parlementaires sur la réforme Prévoyance vieillesse 2020 se sont terminés le 17 mars 2017. Étant donné que le projet demande une modification constitutionnelle en raison du relèvement de la TVA, il est soumis au référendum obligatoire, le peuple et les cantons devront donc se prononcer. La loi sur la réforme de la prévoyance vieillesse 2020 et l'arrêté fédéral relatif au financement additionnel de l'AVS par le biais de la TVA sont liés entre eux de sorte que ce dernier est sans effet en cas de refus de la loi fédérale et que cette dernière ne peut pas entrer en vigueur si l'arrêté fédéral est rejeté par le peuple et les cantons. La votation populaire aura lieu le 24 septembre 2017.

La réforme Prévoyance vieillesse 2020 garantit le financement jusqu'en 2030. Au-delà, une nouvelle réforme sera nécessaire afin de garantir le financement de l'AVS pour un horizon temporel qui doit encore être défini. En outre, la loi exige que le Conseil fédéral soumette tous les cinq ans un rapport sur le taux de conversion de la prévoyance professionnelle. En raison du temps nécessaire pour élaborer et faire passer une nouvelle réforme, les travaux préparatoires, en particulier les mandats de recherche, devront être lancés aussitôt que le résultat de la votation relative à la réforme sera connu.

Assurance-invalidité

Situation et défis

Il ressort des évaluations des révisions accomplies ces douze dernières années que l'AI a réussi sa transformation d'une assurance de rente en une assurance de réadaptation. L'effectif des rentes a baissé plus rapidement que prévu. Mais les évaluations montrent aussi que, pour les enfants, les jeunes et les assurés atteints dans leur santé psychique, d'autres mesures s'imposent pour prévenir l'invalidité et favoriser la réadaptation. Selon les perspectives actuelles et si l'évolution observée se poursuit, l'AI affichera des comptes équilibrés d'ici 2018 et pourra rembourser sa dette envers le Fonds AVS d'ici la fin de la prochaine décennie.

La priorité stratégique de l'AI n'est ainsi plus son assainissement financier, mais le développement de ses prestations visant l'intégration.

L'AI doit notamment faire face aux défis suivants :

- le monde du travail 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 stratégiques

Dans l'AI, le Conseil fédéral poursuit les objectifs stratégiques suivants :

- **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. Par la contribution d'assistance, introduite dans le cadre de la 6^e révision, l'AI contri-

bue 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 du travail, l'AI leur octroie, 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.
- **Pérennisation** : les comptes de l'AI sont équilibrés même après la période de financement additionnel. L'assurance peut ainsi rembourser sa dette envers le Fonds AVS et affronter les défis futurs.

Se fondant sur ces objectifs stratégiques, sur l'évaluation des réformes accomplies ainsi que sur diverses interventions parlementaires, le Conseil fédéral a mis en consultation un projet de développement continu de l'AI et adopté, le 15 février 2017, un message dans ce sens à l'intention du Parlement. Prévenir l'invalidité et renforcer la réadaptation, tels sont les objectifs poursuivis par le Conseil fédéral avec ce projet de réforme visant les enfants, les jeunes et les assurés atteints dans leur santé psychique. La réforme met l'accent sur un meilleur accompagnement des assurés concernés. Les mesures ciblent en particulier les transitions entre école et monde du travail, afin de faire intervenir plus tôt la prévention de l'invalidité et d'éviter autant que possible que les jeunes à risque ne touchent une rente d'invalidité dès leur entrée dans la vie d'adulte. Il sera donc inscrit dans la loi qu'une rente ne sera octroyée que lorsque toutes les mesures de réadaptation auront été épuisées. Les instruments

Stratégie dans le domaine de la sécurité sociale

de détection précoce et les mesures de réinsertion qui ont fait leurs preuves pour les adultes seront étendus aux jeunes. Le projet prévoit en outre la mise en place d'un système de rentes linéaire afin de supprimer les effets de seuil. Il est prévu que la commission préparatoire du Conseil national commence à traiter le dossier à l'automne 2017.

Intégration professionnelle de personnes en situation de handicap

Situation et défis

Le Conseil fédéral considère que la solidarité vécue en Suisse requiert l'intégration de tout un chacun. Pour que les personnes en situation de handicap puissent participer à la vie professionnelle, il ne faut pas seulement les soutenir, mais aussi abattre les barrières auxquelles elles sont confrontées dans le monde du travail. L'intégration sur le marché de l'emploi est un gain pour les personnes handicapées, pour l'économie et pour la société dans son ensemble. C'est pourquoi elle constitue une tâche politique à l'égard de la société.

Objectifs et mesures stratégiques

L'intégration professionnelle des personnes en situation de handicap est un objectif central de l'AI qui a donc mis en place toute une palette de prestations à cet effet. Le but est de mieux intégrer dans le monde du travail les personnes atteintes dans leur santé. À cette fin, une conférence nationale en faveur de l'intégration des personnes handicapées sur le marché du travail est organisée sous la forme de trois rencontres en 2017, dans le but de coordonner, d'élargir et de faire avancer les mesures d'intégration. La conférence répond à une intervention parlementaire (15.3206 Bruderer Wyss) et réunit les principaux acteurs concernés par l'intégration professionnelle des personnes en situation de handicap : personnes handicapées et organisations

défendant leurs intérêts, employeurs et syndicats, corps médical, spécialistes des milieux scolaires et de la formation, responsables de la collaboration interinstitutionnelle dans le domaine social, représentants de l'AI et des autres assurances, des autorités cantonales et des services fédéraux.

La première rencontre de la conférence, qui a eu lieu le 26 janvier 2017, a permis d'identifier les domaines d'action prioritaires. Les participants ont également adopté une déclaration d'intention commune. La deuxième rencontre, le 18 mai, a donné l'occasion aux acteurs de cette politique d'étudier les mesures envisageables et des possibilités concrètes pour renforcer l'intégration professionnelle des personnes en situation de handicap. Un des principaux objectifs a consisté à améliorer la collaboration et à mieux coordonner les démarches. La troisième rencontre, fixée au 21 décembre 2017, débouchera sur l'adoption, par tous les acteurs de l'intégration professionnelle, d'un plan directeur. Lors de cette troisième journée de travail, les participants déclareront leur volonté de mettre en œuvre les points forts élaborés en commun, de continuer à les développer et d'en évaluer les résultats.

La Confédération encourage l'intégration professionnelle des personnes en situation de handicap dans le cadre de plusieurs autres projets en cours au niveau fédéral.

- Le Conseil fédéral a approuvé le message sur la réforme visant le développement continu de l'AI le 15 février 2017. Le principal objectif de cette réforme est d'améliorer l'intégration sur le marché de l'emploi notamment des jeunes. Il est prévu de les soutenir au moment où ils entrent dans la vie professionnelle et de développer les conseils et l'accompagnement offerts aux jeunes qui souffrent de troubles psychiques ou d'autres problèmes de santé, pour les aider à prendre pied dans le monde du travail et à accomplir avec succès des mesures de réadaptation.

- La politique en matière de handicap de la Confédération est également appelée à s'orienter davantage sur la vie professionnelle. À cette fin, le Conseil fédéral a pris acte, le 11 janvier 2017, d'un rapport du DFI qui expose les pistes envisageables pour inscrire l'égalité dans tous les domaines de la vie, en particulier dans le monde du travail. Dans cette optique, le Bureau fédéral de l'égalité pour les personnes handicapées (BFEH) a élaboré le programme « Égalité et travail », en vue de réduire les discriminations.

Prestations complémentaires

Situation et défis

Les dépenses de la Confédération et des cantons pour le financement des PC n'ont cessé d'augmenter ces dernières années, avant tout en raison de l'évolution démographique. C'est pourquoi les PC gagnent en importance sur le plan politique. Ces 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.

Objectifs et mesures stratégiques

Les PC servent à garantir le minimum vital des personnes qui ne peuvent plus subvenir à leurs besoins par leurs propres moyens après la réalisation d'un risque assuré dans le 1^{er} pilier. Elles doivent continuer à l'avenir de remplir cette mission première. Mais pour préserver le large soutien dont bé-

néficie le système des PC, les prestations doivent être ajustées en permanence aux besoins actuels et leur financement par la Confédération et les cantons doit être supportable et pérenne. À cette fin, le Conseil fédéral a lancé deux projets de réforme. Le premier consiste à majorer le montant maximal du loyer pouvant être pris en compte dans le calcul des PC. En effet, le niveau des loyers a passablement augmenté depuis la dernière adaptation en 2001, de sorte que le montant maximal actuel ne couvre plus le coût effectif du loyer pour un tiers environ des bénéficiaires de PC. L'écart entre le montant maximal et le loyer effectif est particulièrement important chez les familles. Le 17 décembre 2014, le Conseil fédéral a adopté le message concernant cette réforme. Cette dernière est maintenant intégrée à la réforme des PC. À l'issue de ses débats, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des États s'est alignée sur les propositions du Conseil fédéral concernant l'adaptation des loyers pris en compte. Le Conseil des États statuera en plénum lors de la session d'été 2017. Le deuxième projet (réforme des PC) vise à remanier plus profondément le système des PC en vue de réaliser les objectifs stratégiques suivants :

- **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 entendait par là non seulement le minimum vital biologique, mais aussi un minimum vital social, garantissant aux assurés « un genre de vie simple, mais tout de même digne d'un être humain »⁵. 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 tra-

⁵ 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, ici 1628.

Stratégie dans le domaine de la sécurité sociale

duirait par une charge supplémentaire pour les cantons. S'agissant des primes de l'assurance-maladie, les cantons doivent avoir la possibilité de prendre en compte la prime effective si elle est inférieure à la prime moyenne déterminante.

- **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. À 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** : la sortie du système des PC à la suite d'une augmentation de revenu peut parfois entraîner une diminution du revenu disponible, notamment lorsque la perte des PC est plus importante que l'augmentation du revenu (effet de seuil). Dans des cas, 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.

Le 16 septembre 2016, le Conseil fédéral a adopté le message concernant cette réforme. La Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des États a commencé à en débattre début 2017. Le Conseil des États statuera lors de la session d'été 2017.

Modernisation de la surveillance

Dans les grandes lignes, la surveillance sur l'exécution des assurances du 1^{er} pilier est restée pratiquement inchangée depuis la création de l'AVS en 1948. Entre-temps, la surveillance a bien fonctionné en pratique, quand bien même la complexité croissante et la numérisation progressive du système constituent des défis de taille. Pour continuer de garantir la stabilité du 1^{er} pilier, il est nécessaire d'en moderniser la surveillance.

Objectifs et mesures stratégiques

Le Conseil fédéral a formulé trois objectifs clés pour moderniser cette surveillance :

- *Le passage à une surveillance moderne, assumant un rôle de pilotage* : dans le 1^{er} pilier, une surveillance prévoyante axée sur les risques et les résultats doit remplacer le système actuel, dont la caractéristique est d'être réactif. Une telle conception de la surveillance fait ses preuves dans l'AI depuis 2008. Elle prescrit des objectifs en matière de résultats et de qualité, basés sur un système de contrôle interne et demande aux organes d'exécution de mettre en place des systèmes de gestion des risques et de la qualité.
- *Un renforcement de la gouvernance* : pour ce faire, le projet prévoit d'intégrer les principes de bonne gouvernance dans les bases légales. Ainsi, des exigences concernant l'indépendance des organes d'exécution, l'intégrité des responsables de l'exécution et la transparence des comptes seront inscrites dans la loi.
- *La standardisation des systèmes d'information* : les organes d'exécution seront quant à eux tenus de respecter des standards minimaux, notamment en ce qui concerne le développement et l'exploitation de systèmes d'information utilisables à l'échelle suisse. En outre, le financement du développement et de l'exploitation des systèmes d'information standard sera réglementé.

Le Conseil fédéral a élaboré un projet dans ce sens et l'a soumis à une procédure de consultation qui prendra fin en juillet 2017.

Assurance-maladie

Santé2020⁶ est une vue d'ensemble qui 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 2016 dix priorités. Parmi les quatre qui relèvent du domaine de l'assurance-maladie, trois ont pu être mises en œuvre. Il s'agit de l'adoption de la révision de l'ordonnance sur la compensation des risques (OCoR), de l'adoption de ressources en vue de créer une unité de Health Technology Assessment (HTA), et du lancement d'une consultation relative à la nouvelle réglementation concernant la prise en charge, par l'assurance obligatoire des soins (AOS), des prestations de médecine complémentaire fournies par des médecins. Le lancement de la consultation sur la modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie en vue de mettre en place un système de prix de référence, également jugée prioritaire, a dû être reporté d'une année environ.

Au chapitre de l'assurance-maladie, Santé2020 a mis pour 2016 l'accent sur les quatre domaines d'action suivants :

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

Le Conseil fédéral a adopté le 15 octobre 2014 le concept « Maladies rares ». Les acteurs concernés mettent en œuvre les 19 mesures qui le concrétisent dans le cadre de quatre projets.

En ce qui concerne l'adaptation à apporter dans le domaine des soins de longue durée, une étape importante a été franchie avec le rapport en la matière, adopté par le Conseil fédéral le 25 mai 2016. Ce rapport constitue la base d'un train de mesures qui sera élaboré et mis en œuvre de concert avec les cantons.

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. La compensation des risques figure dès lors dans la LAMal sans limitation dans le temps, et le Conseil fédéral est habilité à inscrire dans l'ordonnance, outre l'âge et le sexe, d'autres indicateurs de morbidité appropriés (RO 2014 3345).

Par la modification du 15 octobre 2014 (RO 2014 3481), le Conseil fédéral a inscrit dans l'OCoR, à titre de solution transitoire, l'indicateur « coût des médicaments au cours de l'année précédente » (limite de 5000 francs au titre des prestations brutes pour les médicaments). Ce nouvel indicateur sera appliqué pour la première fois lors de la transmission des données et du calcul de la compensation pour la compensation des risques 2017. Avec la révision totale de l'OCoR du 19 octobre 2016, le Conseil fédéral a inscrit dans l'ordonnance, dans une deuxième étape, l'indicateur de morbidité « groupes de coûts pharmaceutiques » (PCG), formé à partir de données issues du secteur ambulatoire (RO 2016 4059). Cet indicateur sera appliqué pour la première fois lors de la transmission des

⁶ Santé2020 comprend des pistes de réforme qui vont au-delà du domaine de l'assurance-maladie (voir www.sante2020.ch).

Stratégie dans le domaine de la sécurité sociale

données et du calcul de la compensation pour la compensation des risques 2020.

Se fondant sur les deux initiatives parlementaires 10.407n Humbel « Exonérer les enfants du paiement des primes d'assurance-maladie » et 13.477n Rossini « LAMal. Révision des catégories de primes enfants, jeunes et jeunes adultes », le Parlement a modifié la LAMal, le 17 mars 2017, afin de réduire la charge financière que l'AOS représente pour les familles. Dans le dispositif de compensation des risques, les assureurs seront déchargés pour les jeunes adultes (19 à 25 ans), ce qui leur permettra d'accorder à ces derniers des rabais plus importants sur les primes. De plus, les cantons seront tenus d'accorder une réduction des primes plus importante pour les enfants qui vivent dans des ménages à revenus bas ou moyens (80 % au lieu de 50 % actuellement). Le Conseil fédéral fixera la date d'entrée en vigueur de cette modification de loi.

Le système de fixation des prix des médicaments a connu une nouvelle adaptation. Le Tribunal fédéral a statué le 14 décembre 2015 que, lors du réexamen triennal des conditions d'admission, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) ne pouvait pas se fonder uniquement sur une comparaison de prix avec l'étranger, et que la comparaison thérapeutique transversale (comparaison avec des médicaments en Suisse dont l'indication est identique ou le mode d'action similaire) doit également être effectuée pour l'admission du médicament dans la liste des spécialités. Le Tribunal fédéral a jugé en outre que les critères de l'efficacité et de l'adéquation devaient aussi faire l'objet d'un réexamen régulier. En conséquence, le Conseil fédéral a chargé le DFI, le 24 février 2016, d'entreprendre les travaux relatifs aux adaptations nécessaires des dispositions d'ordonnance. Celles-ci devraient prévoir qu'un réexamen triennal des conditions d'admission aura à nouveau lieu en 2017 et que des économies seront déjà réalisées en 2017 dans le domaine des

médicaments dont le brevet est échu. Les modifications correspondantes de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) et de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) ont été opérées et évaluées en 2016. Le Conseil fédéral les a adoptées le 1^{er} février 2017, et elles sont entrées en vigueur le 1^{er} mars 2017.

En outre, une consultation relative à un système de prix de référence pour les médicaments dont le brevet est échu ainsi qu'une modification d'ordonnance concernant la part relative à la distribution sont en préparation. L'élaboration du projet de système de prix de référence a dû être reportée d'une année environ, la nouvelle réglementation de la fixation du prix des médicaments décrite ci-dessus ayant dû être avancée.

Dans le domaine des moyens et appareils, et plus précisément de la liste des moyens et appareils (LiMA), de premières mesures ont été prises en 2016. À l'été 2016 et à compter de janvier 2017, les montants maximaux pour la prise en charge des produits pour lesquels il était le plus urgent d'intervenir ont été abaissés. En outre, les produits qui occasionnent en tout quelque deux tiers des coûts au titre de la LiMA (produits pour diabétiques, aides pour l'incontinence et pansements) devraient tous être réexaminés d'ici fin 2017.

Dans le domaine de la médecine hautement spécialisée (MHS), les cantons sont tenus de décider une planification commune. Un rapport du Conseil fédéral sur l'état de la mise en œuvre a été adopté le 25 mai 2016. Le Conseil fédéral juge positivement le travail accompli par les organes de la MHS et considère qu'il n'y a pas lieu pour l'instant de faire usage de sa compétence subsidiaire. Un nouvel examen de la planification de la MHS est prévu pour 2019.

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

Se fondant sur les résultats de la consultation relative à la loi fédérale sur le centre pour la qualité dans l'assurance obligatoire des soins et sur les discussions qui ont suivi avec les différents acteurs, le Conseil fédéral a décidé, le 13 mai 2015, de poursuivre séparément le traitement des domaines Qualité et Health Technology Assessments (HTA). Dans le domaine de la qualité, il s'est prononcé en faveur d'une variante « réseau » (pilotage des activités de tiers par la Confédération au moyen de subventions ; financement à affectation liée d'une contribution des assureurs pour chaque assuré ; commission extraparlamentaire ; modification de la LAMal). Le Conseil fédéral a adopté le message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (renforcement de la qualité et de l'économicité) le 4 décembre 2015. Le Conseil des États ayant toutefois décidé, le 16 juin 2016, de ne pas entrer en matière sur le projet, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N) a chargé l'administration de lui soumettre un projet adapté. Celui-ci en est au stade de la discussion par article au sein de la commission. S'agissant de réduire les prestations, les procédures et les médicaments qui ne sont ni efficaces ni efficaces, le Conseil fédéral a approuvé le principe du renforcement des HTA par la Confédération sur le plan du personnel et des finances. Le 4 mai 2016, il a accordé les fonds nécessaires à la mise sur pied d'une unité HTA au sein de l'OFSP. Celle-ci sera constituée progressivement de 2017 à 2019. Un petit programme pilote HTA est mené depuis 2015 et s'achèvera en 2017 ; les rapports sur les trois thèmes retenus en 2015 dans ce domaine par le DFI sont en cours d'élaboration ; sur les trois autres thèmes retenus en juillet 2016 par le DFI, les questions de recherche (*scoping*) seront élaborées et mises en consultation auprès des parties prenantes au cours du premier semestre 2017.

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

L'OFSP, l'OFS et l'Observatoire suisse de la santé (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 son 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. Une adaptation de l'OAMal entrée en vigueur le 1^{er} août 2016 (RO 2016 2689) a créé d'importantes bases légales, qui donnent une assise claire au projet BAGSAN (base de données relative aux assurés) et devraient faciliter l'avancement des projets. Cette adaptation clarifie et précise en outre la mise en œuvre de la LAMal pour ce qui est de la saisie et de la transmission par l'OFS de données auprès des fournisseurs de prestations du domaine de la santé (par ex. projet MARS).

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 en particulier 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 est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2016.

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 travaillent en pratique privée ou dans le domaine ambulatoire des hôpitaux. Elle est entrée en vigueur au milieu de 2013 et a été prolongée de trois ans, le 17 juin 2016, jusqu'au 30 juin 2019. Simultanément, le Conseil fédéral a reçu du Parlement le mandat de rechercher des alternatives au pilotage actuel de l'admission des médecins

Stratégie dans le domaine de la sécurité sociale

qui permettent de freiner la hausse des coûts tout en garantissant des soins médicaux de qualité. Le Conseil fédéral a adopté un rapport à ce sujet le 3 mars 2017. Il propose, sur la base de cette analyse, une modification de la LAMal qui pourrait remplacer les mesures actuelles à partir de 2019. Ce projet sera mis en consultation au milieu de 2017. Pour ce qui est du déblocage des négociations tarifaires, le projet de révision totale de la structure tarifaire Tarmed, lancé par les partenaires tarifaires en 2016, devait éliminer les incitations négatives et corriger les tarifications excessives. Le Conseil fédéral avait communiqué en 2015 des conditions claires à ce propos. Les partenaires tarifaires ne sont toutefois pas parvenus à s'accorder en 2016 sur une révision de Tarmed. En conséquence, le DFI a fait usage de sa compétence subsidiaire et procédé à des adaptations de la structure tarifaire. Sa proposition est en consultation depuis mars 2017. Les adaptations proposées améliorent la transparence, réduisent les incitations négatives et rendent le tarif médical plus approprié. Elles devraient entrer en vigueur le 1^{er} janvier 2018. Pour 2017, les partenaires tarifaires sont encore parvenus à s'entendre sur le maintien de la version de Tarmed en vigueur. Le développement et l'optimisation du financement des hôpitaux restent importants. Un premier bilan a été tiré en 2015 sous forme d'un rapport intermédiaire d'évaluation de la révision de la LAMal dans ce domaine. Ont notamment été examinées en 2016 la question des exigences minimales posées aux planifications hospitalières cantonales et les modifications de l'ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (OCP).

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. L'accent sera mis sur des prestations de placement des services publics mieux adaptées aux besoins des employeurs et des demandeurs d'emploi. À cette fin, les services numériques destinés aux employeurs seront développés plus avant.
- L'AC doit augmenter ces prochaines années la transparence du marché du travail en veillant à ce que les employeurs et les demandeurs d'emploi 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 et d'un pilotage des organes d'exécution axé sur les résultats.
- Enfin, la collaboration avec d'autres assurances sociales et avec l'aide sociale sera optimisée dans le cadre de la collaboration interinstitutionnelle.

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 un programme national de prévention et de lutte contre la pauvreté est mis en œuvre de 2014 à 2018, sur mandat du Conseil fédéral, en collaboration avec les cantons, les villes, les communes ainsi que des organisations privées. Les travaux se concentrent sur **quatre champs d'action** :

- **« Chances de formation des enfants, des jeunes et des adultes défavorisés sur le plan social ou culturel »** : pour améliorer les chances de formation, il est nécessaire de mettre en place une chaîne ininterrompue de mesures d'encouragement, de la petite enfance au diplôme professionnel. Quant aux adultes peu formés, il faut également leur offrir la possibilité d'obtenir un diplôme professionnel. Des guides pratiques à l'intention des professionnels sont élaborés dans le cadre du programme, et un soutien est apporté à des projets pilotes ou pouvant servir de modèle menés par des acteurs de terrain.
- **« Intégration sociale et professionnelle »** : l'intégration sociale et professionnelle constitue la protection la plus durable contre la pauvreté. Des mesures spécifiques sont donc nécessaires pour augmenter les chances des personnes menacées ou touchées par la pauvreté de trouver un emploi ou du moins d'être socialement intégrées. Le programme étudie à cet égard la contribution apportée par les entreprises d'intégration sociale et professionnelle (EISP, dites entreprises sociales). Ces analyses déboucheront sur la mise en place d'ici 2018 d'un outil pratique visant à favoriser la collaboration entre les organismes de la sécurité sociale et les EISP.

- **« Conditions de vie »** : des études sont menées, dans ce champ d'action, sur les thèmes du logement, de la pauvreté des familles ainsi que des informations destinées aux personnes touchées par la pauvreté.
- **« Mesure de l'efficacité et monitoring »** : il s'agit ici de recenser les rapports sur la pauvreté et les rapports sociaux établis par les cantons, d'identifier les lacunes et d'élaborer des propositions d'amélioration.

Des priorités ont été définies pour la deuxième moitié du programme et les résultats obtenus jusqu'ici ont fait l'objet de discussions lors de la conférence nationale contre la pauvreté qui s'est tenue le 22 novembre 2016. À mi-parcours, les participants à la conférence, représentants de la politique et de la société civile, ont dressé un bilan favorable et convenu d'une déclaration commune par laquelle la Confédération, les cantons, les villes et les communes s'engagent à poursuivre leurs efforts de prévention et de lutte contre la pauvreté.

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 États revêt une grande importance tant pour les assurances sociales suisses et pour les assurés 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 États ;
- garantir une protection d'assurance sociale proportionnée aussi pour les personnes qui se rendent à l'étranger ou immigreront en Suisse en veillant à ce que la compensation des prétentions affecte aussi peu que possible les structures du système suisse de la sécurité sociale et prévenant toute répercussion financière inéquitable ;
- répondre au besoin des différentes branches économiques en personnel en favorisant la mobilité par delà les frontières.

Outils et mesures

C'est dans cette optique que la Suisse conclut avec les États de l'UE et de l'AELE des accords multilatéraux (annexe II de l'Accord sur la libre circulation des personnes [ALCP] avec l'UE et ses États membres et annexe K de la Convention AELE avec les États 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 dans le domaine de la sécurité sociale, sans pour autant harmoniser les législations nationales de sécurité sociale. Les États concernés sont tenus de respecter des règles et des principes communs lorsqu'ils appliquent leur propre législa-

tion : 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, exportation 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 État 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.

Le Conseil fédéral s'efforce de trouver des solutions permettant de maintenir une bonne coordination du système suisse de sécurité sociale avec les systèmes des États membres de l'UE et de l'AELE. Il en sera de même pour les relations avec le Royaume-Uni après sa sortie de l'UE.

Pour ce qui est des conventions bilatérales négociées avec d'autres pays, elles sont moins complexes et ne couvrent pas toutes les branches des assurances sociales. Elles prévoient dans une large mesure l'égalité de traitement entre les ressortissants des États 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 État 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	26
AI	Assurance-invalidité	34
PC	Prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI	42
PP	Prévoyance professionnelle	46
AMal	Assurance-maladie	52
AA	Assurance-accidents	64
AM	Assurance militaire	68
APG	Allocations pour perte de gain	72
AC	Assurance-chômage	78
AF	Allocations familiales	82

AVS Assurance-vieillesse et survivants

Dernières données disponibles : exercice 2016

1 Chiffres clés actuels de l'AVS

Recettes 2016	42'969 mio de fr.
Dépenses 2016	42'530 mio de fr.
Résultat 2016	438 mio de fr.
Compte de capital 2016	44'668 mio de fr.

Rente de vieillesse maximale	2017	2'350 fr.
Rente de vieillesse minimale	2017	1'175 fr.
Montant moyen de la rente de vieillesse, en Suisse	2016	1'855 fr.

Bénéficiaires de rentes de vieillesse	2'285'454
Bénéficiaires de rentes de survivants	181'833

Bénéficiaires en Suisse et à l'étranger, en décembre 2016

Rapport de dépendance AVS	1990	26,7 %
	2016	30,2 %
	2030	40,3 %

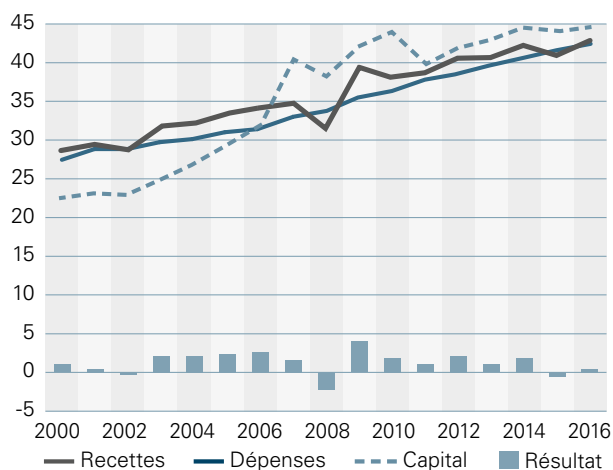
Un rapport de dépendance de 30,2 % signifie qu'il y a environ 30 rentiers pour 100 actifs en 2016.

En 2016, l'AVS présentait un résultat de répartition négatif (-767 millions de francs) pour la troisième année consécutive. Le résultat d'exploitation inclut le produit des placements. Ce dernier et, partant, le résultat d'exploitation fluctuent d'une année à l'autre au gré des variations de valeur du capital. Positif en 2014 et en 2016 grâce à des gains en capital, le résultat d'exploitation a été négatif en 2015 en raison des faibles performances de la Bourse. En 2015, il est passé de 1,7 milliard de francs à -0,6 milliard, pour regagner le niveau de 0,4 milliard de francs en 2016.

Évolution en 2016

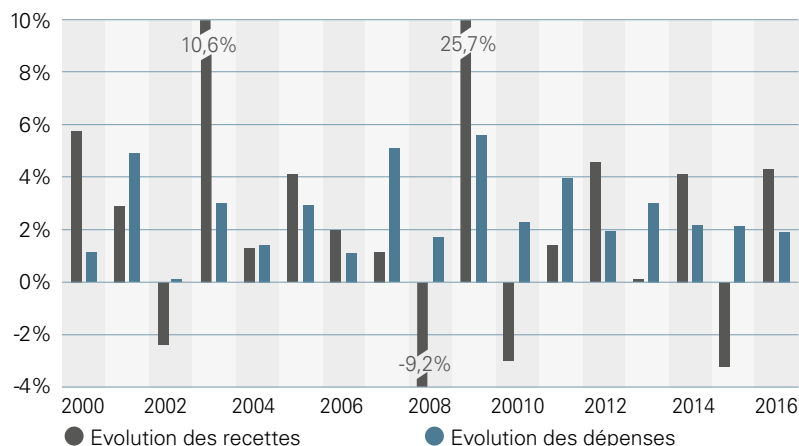
À fin 2016, la fortune de l'AVS se montait à 44,7 milliards de francs, ce qui correspond à 105 % des dépenses d'une année (contre 106 % l'année précédente). Le résultat de répartition – hors produit courant du capital – a continué de se détériorer, tombant à -767 millions de francs. Si l'on ne considère que les affaires d'assurance (hors produit des placements), c'est la troisième année consécutive que les résultats sont négatifs. Les dépenses au titre des prestations sociales ont augmenté de 1,9 % en 2016 (contre +2,1 % l'année précédente). En chiffres absolus, les dépenses de l'AVS se sont chiffrées à 42 530 millions de francs en 2016 ; elles ont été affectées à hauteur de 98,8 % aux rentes, dont 95,6 % pour les rentes de vieillesse et 4,4 % pour les rentes de survivants. En comparaison, l'évolution des recettes liées à l'assurance – cotisations des assurés (+1,5 %) et contributions des pouvoirs publics (+1,5 %) – a été nettement plus faible.

2 Recettes, dépenses, résultat et capital de l'AVS, de 2000 à 2016, en milliards de francs



Pour la première fois depuis la crise financière de 2008, les recettes de l'AVS (y compris les variations de valeur du capital) ont de nouveau été inférieures aux dépenses en 2015. Grâce à une conjoncture boursière favorable, le résultat d'exploitation de l'AVS a été positif en 2016, se chiffrant à 438 millions de francs. Durant la période de 2000 à 2015, seules les recettes de 2002, année de la crise des valeurs technologiques, avaient été inférieures aux dépenses. Grâce au produit courant du capital de 621 millions de francs et aux variations des valeurs en capital de 584 millions de francs, la fortune de l'AVS s'est montée à 44,7 milliards de francs, s'apparentant au résultat record de 2014 (44,8 milliards de francs).

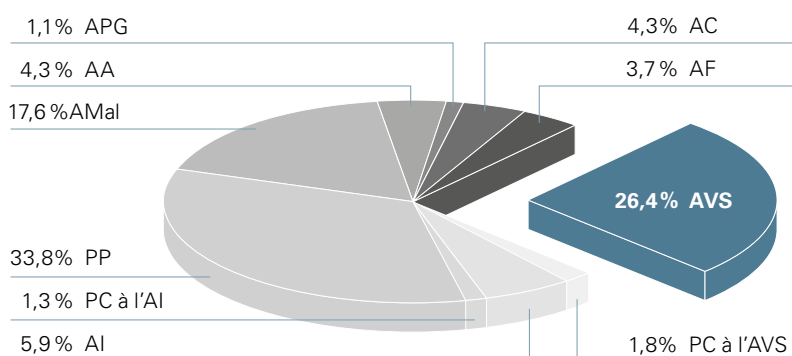
3 Evolution des recettes et des dépenses de l'AVS, de 2000 à 2016



En 2016, les recettes de l'AVS, variations de valeur du capital comprises, ont progressé de 4,4 %. Les dépenses ont augmenté de 1,9 %, donc à peu près dans la même mesure qu'en 2014 et en 2015. Une progression plus faible (+1,7 %) avait été enregistrée pour la dernière fois en 2008.

En 2001, 2003, 2005, 2007, 2009, 2011, 2013 et 2015 les rentes ont été adaptées.

4 L'AVS dans le CGAS 2015

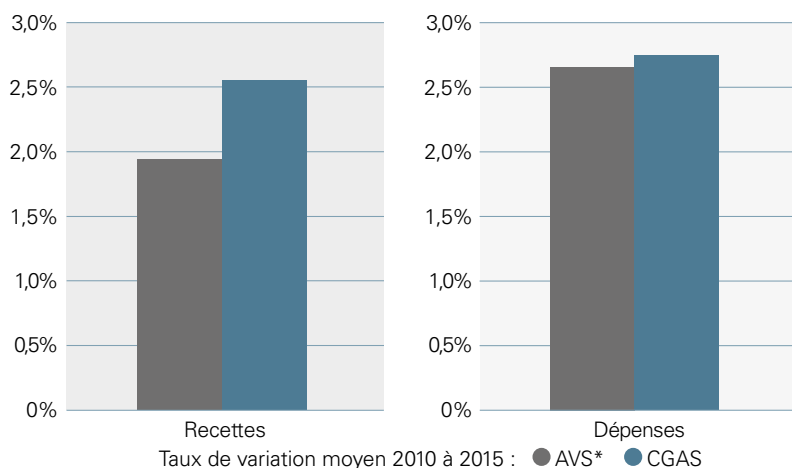


Dépenses 2015 : 157,6 mia de fr.

Mesurée à l'aune des dépenses, l'AVS se place, avec 26,4 %, au deuxième rang des assurances sociales.

Ses dépenses ont été affectées à hauteur de 98,9 % aux rentes, dont 95,5 % aux rentes de vieillesse et 4,5 % aux rentes de survivants.

5 Evolution de l'AVS par rapport à celle du CGAS



Recettes de 2010 à 2015 : Le taux de croissance moyen des recettes de l'AVS (1,9 %) a été inférieur à celui des recettes du CGAS (2,5 %).

Dépenses de 2010 à 2015 : Les dépenses au titre de l'AVS représentent le deuxième volume le plus important des dépenses du CGAS. De ce fait, leur évolution (2,7 %) a une grande incidence sur le développement des dépenses CGAS (2,7 %).

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

AVS Assurance-vieillesse et survivants

Finances

Compte d'exploitation 2016 de l'AVS, en millions de francs

	2016	Variation 2015/2016
Recettes	42'969	4,4%
Cotisations des assurés et des employeurs	30'862	1,5%
Contributions des pouvoirs publics	10'896	1,5%
Confédération	8'315	1,9%
TVA	2'307	0,1%
Imposition des maisons de jeu	274	0,8%
Produit des placements	1'205	...
Produit courant du capital	621	-16,6%
Variations de valeur du capital	583	180,5%
Produit des actions récursives	6	18,4%
Autres recettes	0	-100,0%
Dépenses	42'530	1,9%
Prestations en espèces	42'154	1,9%
Rentes ordinaires	42'014	1,8%
Rentes extraordinaires	7	-14,7%
Transferts et remboursement de cotisations aux étrangers	58	-5,7%
Allocations pour impotent	571	2,2%
Allocations de secours aux Suisses de l'étranger	0	-6,7%
Créances en restitution, net	-497	3,9%
Coûts des mesures individuelles	81	6,0%
Subventions à des institutions et organisations	91	8,0%
Frais de gestion	13	7,5%
Frais d'administration	191	0,7%
Résultat d'exploitation	438	178,5%
Résultat de répartition (hors produit des placements)	-767	-32,5%
Résultat selon le CGAS (hors variation de valeur du capital)	-145	-187,0%
Capital	44'668	1,0%

Les recettes de l'AVS ont globalement augmenté de 4,4 % en 2016, passant de 41 177 à 42 969 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, n'ont progressé que de 1,5 % par rapport à l'année précédente, pour atteindre 41 764 millions de francs. Globalement, les cotisations des assurés et des employeurs ont augmenté de 1,5 % par rapport à 2015, les cotisations salariales et les cotisations personnelles (des indépendants et des personnes sans activité lucrative) augmentant de 1,3 % et la part des cotisations prélevées sur les indemnités de chômage augmentant de 10,2 %. Les recettes provenant des cotisations ont couvert en tout 72,6 % des dépenses de l'assurance.

La Confédération participe aux dépenses de l'AVS à raison de 19,55 %. Sa contribution a progressé de 1,9 % pour s'établir à 8315 millions de francs. Les recettes provenant de la TVA, c'est-à-dire le point lié à la démographie, ont légèrement augmenté (+0,1 %), passant à 2307 millions de francs.

Les dépenses totales de l'AVS se sont accrues de 1,9 %, pour atteindre 42 530 millions de francs.

Les prestations en espèces, qui comprennent les rentes, les allocations pour impotent, les prestations en capital, les transferts et les remboursements de cotisations, représentent 99,1 % des dépenses. Celles-ci ont atteint 42 154 millions de francs, enregistrant une hausse de 1,9 %. Cette augmentation est due à l'évolution démographique (nombre de retraités). Avec une hausse de 2,2 %, les allocations pour impotent connaissent une progression plus forte que les rentes. Les autres domaines (coûts des mesures individuelles, subventions à des organisations, frais de gestion et d'administration) ont occasionné des dépenses de 376 millions de francs, ce qui représente une hausse de 13 millions de francs ou de 3,7 % par rapport à l'année précédente.

Le résultat de répartition (c'est-à-dire le résultat annuel hors produit des placements) est négatif et tombe à -767 millions de francs ; il était de -579 millions de francs en 2015.

Avec des recettes globales de 42 969 millions de francs et des dépenses de 42 530 millions de francs, le compte d'exploitation de l'AVS boucle sur un excédent de 438 millions de francs. Le compte de capital de l'AVS augmente dans la même proportion pour s'établir à 44 668 millions de francs (fin 2015 : 44 229 millions de francs).

AVS Assurance-vieillesse et survivants

Réformes

Adaptation à l'évolution des salaires et des prix

Lors de sa séance du 6 juillet 2016, le Conseil fédéral a décidé de maintenir les rentes AVS/AI au même niveau au 1^{er} janvier 2017. Cette décision s'appuyait sur la proposition de la Commission fédérale AVS/AI et s'expliquait par l'évolution négative du renchérissement pour l'indice des prix à la consommation et la faible augmentation des salaires depuis la dernière adaptation. La rente minimale AVS a ainsi été maintenue à 1175 francs par mois et la rente maximale à 2350 francs par mois. Cela a eu pour conséquence que les valeurs calculées sur la base de la rente minimale AVS/AI ont également été maintenues au niveau en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2015.

Réforme Prévoyance vieillesse 2020

La réforme Prévoyance vieillesse 2020, dont le message a été adopté par le Conseil fédéral le 19 novembre 2014, a en premier lieu fait l'objet de délibérations au sein du Conseil des États les 14, 15 et 16 septembre 2015. Elle a ensuite été traitée par le Conseil national lors des séances des 26, 28 et 29 septembre 2016. Ce dernier est entré en matière à l'unanimité sur le projet de réforme. Toutes les divergences entre les deux Chambres n'ont pas pu être éliminées lors de la procédure idoine et le projet de réforme a fait l'objet d'une conférence de

conciliation. Le compromis proposé par la Conférence de conciliation a été accepté par les deux Conseils le 16 mars 2017. Le Parlement a adopté la réforme de la prévoyance vieillesse 2020 lors du vote final, le 17 mars 2017. Le résultat du vote se présente comme suit :

Les principales mesures adoptées sont exposées au chapitre « Stratégie dans le domaine de la sécurité sociale » (cf. p. 14).

Tous les éléments essentiels pour la stabilité et la solidité du système de retraite sont ainsi réalisés de sorte que le but de la réforme, à savoir garantir l'équilibre financier des 1^{er} et 2^e piliers tout en maintenant le niveau des rentes jusqu'en 2030, est atteint.

La votation populaire quant à l'arrêté fédéral sur le financement additionnel de l'AVS par le biais de la TVA et, en cas d'aboutissement du référendum, quant à la loi sur la réforme de la prévoyance vieillesse 2020 aura lieu le 24 septembre 2017. En cas d'acceptation, l'entrée en vigueur de la réforme est prévue au 1^{er} janvier 2018, à l'exception de certaines mesures (début de l'abaissement par étapes du taux de conversion et mesures de compensation) dont l'entrée en vigueur est prévue au 1^{er} janvier 2019, respectivement au 1^{er} janvier 2021 (relèvement du taux de cotisation dans l'AVS).

	Conseil national	Conseil des Etats
Loi fédérale sur la réforme de la prévoyance vieillesse 2020	100 voix contre 93 et 4 abstentions	27 voix contre 18
Arrêté fédéral sur le financement additionnel de l'AVS par le biais d'un relèvement de la TVA	101 voix contre 92 et 4 abstentions	27 voix contre 18

Loi sur les fonds de compensation

Le 18 décembre 2015, le Conseil fédéral a transmis au Parlement le message relatif à la loi fédérale sur l'établissement chargé de l'administration des fonds de compensation de l'AVS, de l'AI et du régime des APG (loi sur les fonds de compensation).

- Le projet de loi prévoit de doter les fonds de compensation AVS/AI/APG d'un statut juridique clair afin de garantir le respect des principes de bonne gouvernance, de transparence et de surveillance. À cette fin, la loi propose l'instauration d'un établissement de droit public (compenswiss) avec inscription au registre du commerce.
- Comme le nouvel établissement assumera des fonctions publiques, il doit être assujéti à la loi sur les marchés publics. Sont exceptés de cette disposition les mandats de gestion de fortune.
- En outre, le projet de loi définit les modalités de remboursement de la dette de l'AI envers l'AVS à la fin du financement additionnel de l'AI, à savoir à partir du 1^{er} janvier 2018.

Le Conseil des États a approuvé l'avant-projet le 6 décembre 2016 et le Conseil national, le 6 mars 2017. L'élimination des divergences est prévue pour la session d'été 2017.

La loi sur les fonds de compensation sera mise en vigueur en deux temps, le 1^{er} janvier 2018 et le 1^{er} janvier 2019, afin d'assurer le bon fonctionnement opérationnel du nouvel établissement.

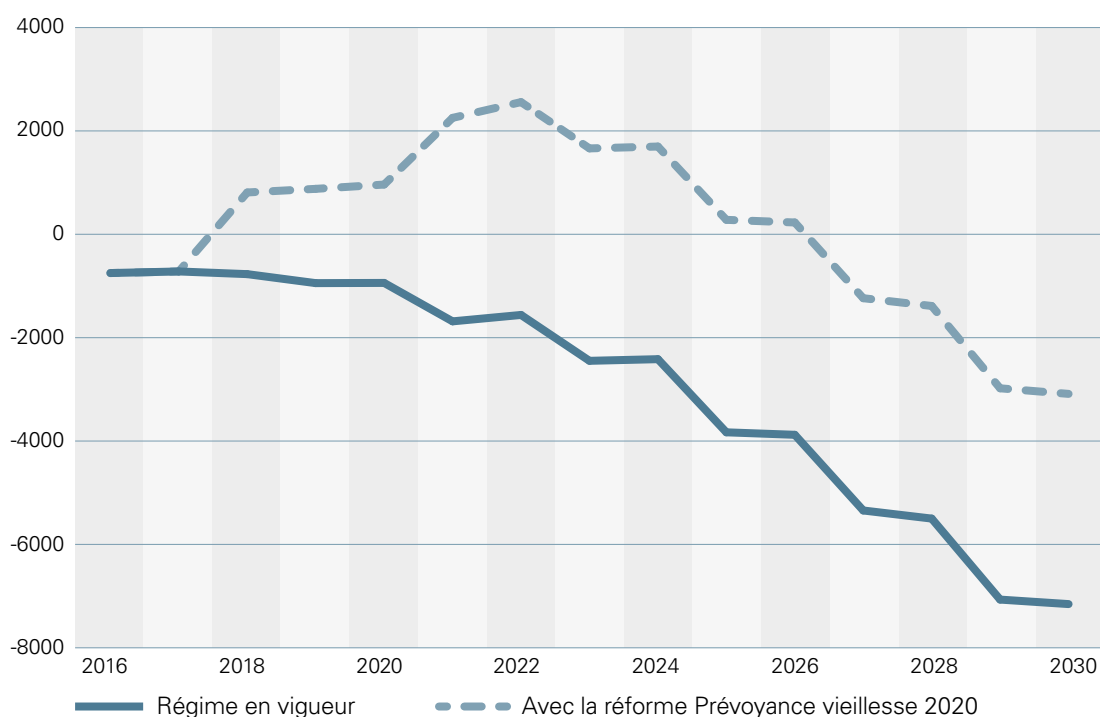
AVS Assurance-vieillesse et survivants

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 de l'évolution démographique (nombre de rentiers et de cotisants), du contexte économique (évolution des salaires et des prix), ainsi que des modifications du système résultant de décisions législatives¹.

Pour l'évolution démographique, on se réfère au scénario A-00-2015 de l'OFS. S'agissant des perspectives économiques, la progression annuelle du salaire réel à long terme est estimée à 0,9 %. En outre, un facteur structurel permet de tenir 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.

Evolution du résultat de répartition de l'AVS, en millions de francs (aux prix de 2016)



Résultat de répartition : recettes hors produit du capital moins les dépenses)
Ajustées sur le décompte 2015, état en avril 2017

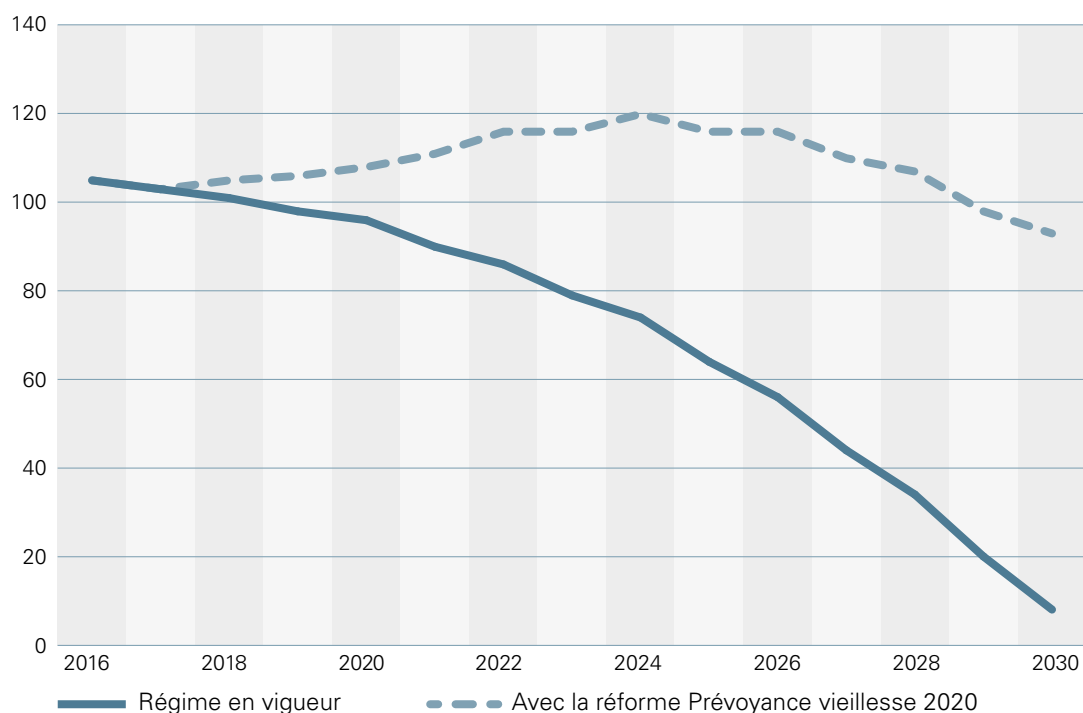
¹ Les chiffres actuels peuvent être consultés sur le site www.ofas.admin.ch → Assurances sociales → AVS → Finances → Perspectives financières de l'AVS.

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 à la page précédente montre l'évolution du résultat de répartition de l'AVS. À partir de 2020, des déficits dépassant le milliard de francs sont attendus. Le produit du capital dégagé par le Fonds de compensation de l'AVS ne suffira alors plus à combler les déficits.

Le train de mesures proposé par le Parlement dans le cadre de la réforme Prévoyance vieillesse 2020 permettra de maintenir un résultat de répartition de l'AVS positif jusqu'à la fin de la prochaine décennie. Le graphique ci-dessous illustre l'évolution attendue du compte de capital de l'AVS. Il montre que, sous le régime en vigueur, le Fonds de compensation de l'AVS sera épuisé vers la fin des années 2020, tandis que les mesures prévues dans la réforme Prévoyance vieillesse 2020 permettraient de maintenir le capital au niveau des dépenses.

Capital de l'AVS sans la dette de l'AI, en % des dépenses (aux prix de 2016)



Compte de capital de l'AVS, en % des dépenses ;
Ajustées sur le décompte 2015, état en avril 2017

AI Assurance-invalidité

Dernières données disponibles : exercice 2016

1 Chiffres clés actuels de l'AI

Recettes 2016		10'024 mio de fr.
Dépenses 2016		9'201 mio de fr.
Résultat 2016		823 mio de fr.
Fonds de compensation AI 2016		5'000 mio de fr.
Dette envers l'AVS 2016		-11'406 mio de fr.
Rente d'invalidité maximale	2017	2'350 fr.
Rente d'invalidité minimale	2017	1'175 fr.
Montant moyen de la rente d'invalidité en Suisse	2016	1'476 fr.
Bénéficiaires de rentes d'invalidité		251'719
Rentes pour enfant, nombre d'enfants		69'463

En Suisse et à l'étranger, décembre 2016

Probabilité de percevoir une prestation de l'AI, 2016	
10 à 19 ans	8,5 %
30 à 39 ans	3,9 %
50 à 59 ans	11,2 %

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 de rentes d'invalidité avait atteint un pic en décembre 2005, avec 252 000 rentes, chiffre qui a baissé jusqu'en décembre 2016 pour s'établir à 221 000.

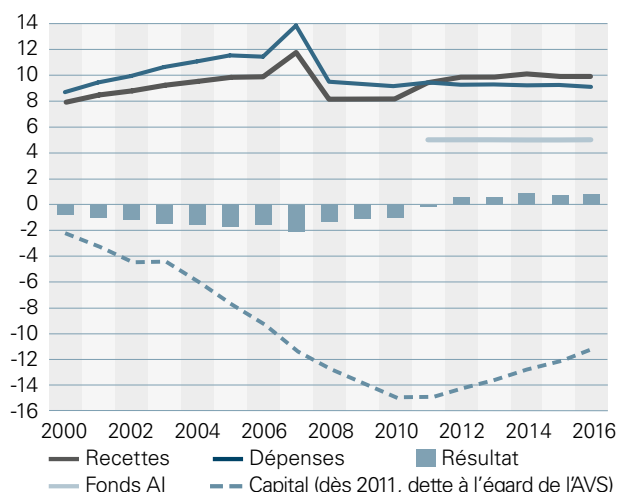
Évolution en 2016

Afin de réduire la dette de l'AI envers l'AVS (fin 2011 : -14 944 millions de francs), toute différence positive constatée à la fin de l'exercice entre le capital du Fonds AI et les 5 milliards du capital initial est versée au Fonds AVS pendant la période de relèvement de la TVA. En 2016, l'AI a ainsi été en mesure, pour la cinquième fois depuis 2012, d'utiliser son excédent (823 millions de francs) pour réduire le solde de sa dette envers l'AVS, laquelle se chiffrait à 11 406 millions de francs à fin 2016.

Grâce à l'évolution des marchés financiers, le produit des placements (produit courant du capital et variations de valeur du capital) a été positif en 2016 (131 millions de francs). Les cotisations des assurés ont également progressé de 1,5 % en 2016. Après une légère baisse en 2015, les recettes ont augmenté de 1,1 % en dépit d'un recul des contributions de la Confédération (-3,7 %).

Les dépenses se sont montées à 9201 millions de francs en 2016 ; elles ont été affectées à raison de 91,2 % aux rentes, aux allocations pour impotent, aux indemnités journalières, aux mesures individuelles et aux prestations collectives.

3 Recettes, dépenses, résultat et capital de l'AI de 2000 à 2016, en milliards de francs

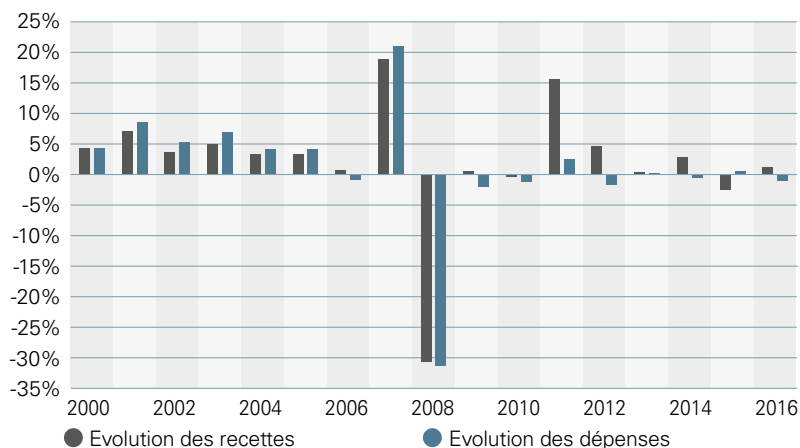


En 2016, pour la cinquième année consécutive, les dépenses de l'AI ont pu être couvertes en intégralité par les recettes (entre autres grâce aux recettes supplémentaires issues du relèvement de la TVA et de la contribution spéciale de la Confédération aux intérêts de l'AI). Les dépenses, en baisse de 130 millions de francs par rapport à 2008, première année après l'introduction de la RPT, ont également joué un rôle essentiel dans l'obtention d'un résultat d'exploitation positif. L'inversion de la tendance depuis 2012 est visible dans le graphique.

La réduction de la dette, qui est passée de 14 944 à 11 406 millions de francs, a été rendue possible par les excédents enregistrés de 2012 à 2016.

Dernières données disponibles : exercice 2016

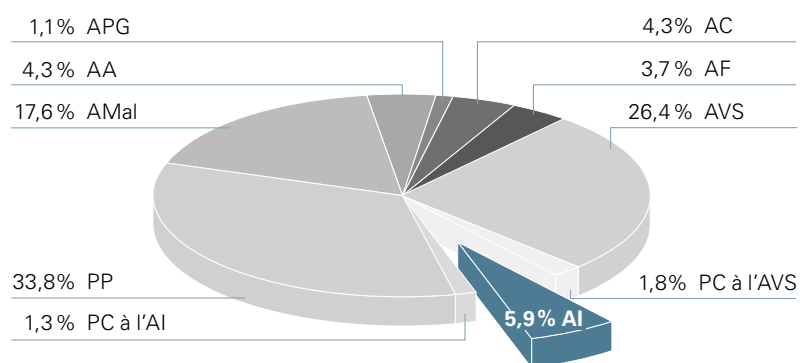
3 Evolution des recettes et des dépenses de l'AI de 2000 à 2016 (avec la RPT)



Depuis 2011, on constate une tendance à la hausse des recettes et un recul des dépenses. Cette tendance s'est confirmée en 2016 avec une progression des recettes (+1,1 %) et une baisse des dépenses (-1,1 %). Le résultat des placements (produit du capital et variations de valeur du capital), qui était passé de 238 millions à -31 millions de francs en 2015, a de nouveau atteint 131 millions de francs en 2016.

En 2001, 2003, 2005, 2007, 2009, 2011, 2013 et 2015 les rentes ont été adaptées.

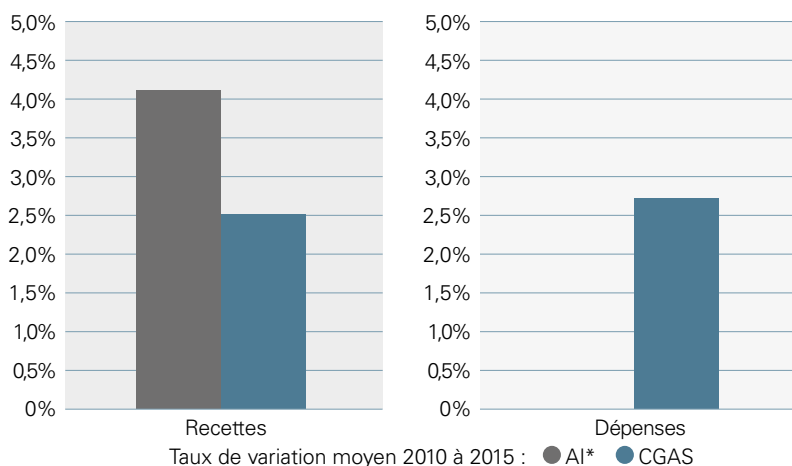
4 L'AI dans le CGAS 2015



Dépenses 2015 : 157,6 mia de fr.

Mesurée à l'aune des dépenses, l'AI se place, avec 5,9 %, en quatrième position parmi les assurances sociales. Ces dépenses sont consacrées pour 89,8 % aux prestations d'assurances sociales, tandis que les frais de gestion et d'administration, et les intérêts de la dette représentent 10,2 %.

5 Evolution de l'AI par rapport à celle du CGAS



Recettes de 2010 à 2015 : Le taux de croissance moyen des recettes de l'AI (4,1 %) a clairement dépassé celui des recettes du CGAS (2,5 %). Par conséquent, la part des recettes de l'AI dans celles du CGAS augmente.

Dépenses de 2010 à 2015 : De 2010 à 2015, les dépenses de l'AI sont restées stables (0,0 %), ce qui a donc freiné le développement des dépenses CGAS (+2,7 %). En 2011/2012, l'AI est parvenue à redresser ses finances.

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

Source : SAS 2017 (parution automne 2017), OFAS, et www.ofas.admin.ch

AI Assurance-invalidité

Finances

Compte d'exploitation 2016 de l'AI, en millions de francs

	2016	Variation 2015/2016
Recettes	10'024	1,1%
Cotisations des assurés et des employeurs (y c. intérêts)	5'171	1,5%
Contributions des pouvoirs publics	4'667	-2,9%
Confédération	3'525	-0,2%
Intérêts de la dette pris en charge par la Confédération	30	-81,2%
TVA	1'112	0,1%
Produit des placements	131	516,3%
Produit courant du capital	60	-1,7%
Variations de valeur du capital	71	176,0%
Produit des actions récursoires	55	12,3%
Dépenses	9'201	-1,1%
Intérêts de la dette	122	-52,4%
Prestations en espèces	6'464	0,0%
Dont : Rentes ordinaires	4'723	-2,0%
Rentes extraordinaires	816	3,0%
Indemnités journalières	615	11,9%
Allocations pour impotent	450	1,7%
Créances en restitution, net	-180	-4,5%
Coûts des mesures individuelles	1'769	2,6%
Dont : Mesures médicales	828	1,0%
Mesures d'intervention précoce	42	1,1%
Mesures de réinsertion	62	18,2%
Mesures d'ordre professionnel	589	3,4%
Contribution d'assistance	51	22,4%
Moyens auxiliaires	204	-0,5%
Créances en restitution, net	-12	-12,0%
Subventions aux institutions et organisations	155	-6,6%
Frais de gestion et d'administration	690	0,1%
Résultat d'exploitation	823	34,2%
Résultat de répartition (hors produit des placements)	692	7,3%
Résultat selon le CGAS (hors variation de valeur du capital)	753	6,5%
Dette envers l'AVS	-11'406	6,7%
Fonds AI	5'000	0,0%

En 2016, les recettes de l'AI ont progressé dans l'ensemble de 1,1 %, atteignant 10 024 millions de francs. Sans le produit des placements, les recettes de l'assurance elle-même ont diminué de 0,6 % par rapport à l'année précédente, pour s'établir à 9893 millions de francs. Les cotisations des assurés et des employeurs ont augmenté de 1,5 %, passant à 5171 millions de francs. Elles couvrent 56 % des dépenses. Pour cet exercice, la contribution de la Confédération a été déterminée pour la troisième fois conformément à l'art. 78 LAI tel qu'il a été modifié par le 1^{er} volet de la 6^e révision de l'AI. En raison de la faible progression des recettes de la TVA, la contribution de la Confédération a baissé de 0,2 % par rapport à l'exercice précédent (voir le tableau du premier chapitre, Contributions de la Confédération à l'AVS, à l'AI et aux PC en 2016). Le résultat du nouveau calcul correspond toutefois, par rapport à l'ancienne méthode, à une augmentation des revenus de 56 millions de francs. Les contributions d'assainissement versées par la Confédération à l'AI (TVA et contribution spéciale aux intérêts) s'élèvent à 1142 millions de francs.

Au chapitre des dépenses, 6464 millions de francs (soit 70,3 %) ont été affectés à des prestations en espèces, autrement dit aux rentes, aux indemnités journalières et aux allocations pour impotent. Les versements sous forme de rentes ont atteint 5360 millions de francs, soit 58,3 % des dépenses totales (en 2009, la proportion était encore de 65,6 %, pour un montant de 6,1 milliards de francs). Cette somme correspond à une baisse de 1,5 % par rapport à l'année précédente. La réduction du nombre de nouvelles rentes enregistrée depuis plusieurs années continue d'avoir un impact sur l'effectif des rentes. Le poste des indemnités journalières, plus fréquemment sollicitées, a connu une augmentation de 11,9 %, passant à 654 millions de francs,

et celui des allocations pour impotent, une hausse de 1,7 %, passant à 450 millions de francs. Les coûts des mesures individuelles (mesures médicales, mesures d'intervention précoce, mesures de réinsertion, mesures d'ordre professionnel, contribution d'assistance, moyens auxiliaires, frais de déplacement) ont augmenté de 2,6 % et représentent 19 % des dépenses. Les prestations de détection et d'intervention précoces, introduites dans le cadre de la 5^e révision de l'AI, sont encore en pleine évolution ; elles affichent un taux de croissance de 10,7 %. Les frais de gestion et d'administration ont augmenté de 0,1%, pour atteindre 690 millions de francs. Leur part dans l'ensemble des dépenses est passée de 6 % en 2009 à 7 % en 2016. Les intérêts que l'AI doit payer sur sa dette envers l'AVS ont diminué de 52,4 % en 2016, grâce à une réduction de la dette de l'ordre de 614 millions de francs intervenue au cours de l'exercice précédent.

Comme l'année précédente, les recettes totales de l'assurance couvrent 109 % des dépenses, de sorte que le résultat de répartition présente un excédent de 692 millions de francs.

En raison de conditions de marché favorables, les placements ont progressé et se chiffrent à 131 millions de francs. Les recettes totales ont ainsi atteint 10 024 millions de francs, et le résultat d'exploitation s'est chiffré à 823 millions de francs. Comme le Fonds AI atteint le niveau requis de 5 milliards de francs, tout l'excédent a pu être utilisé pour réduire la dette dans une proportion de 6,7 %, la ramenant à 11 406 millions de francs.

Réformes

La trisomie 21 ajoutée à la liste des infirmités congénitales de l'AI

Le Conseil fédéral a inscrit la trisomie 21 (syndrome de Down) dans l'ordonnance concernant les infirmités congénitales avec effet au 1^{er} mars 2016. L'AI prend donc en charge toutes les mesures médicales nécessaires pour traiter certains symptômes typiques de la trisomie 21. L'inscription de la trisomie 21 dans la liste des infirmités congénitales a été faite en réponse à la motion 13.3720 du conseiller aux États Zanetti.

La plupart des personnes atteintes de trisomie 21 ont besoin de soins pour traiter une hypotonie musculaire et, parfois, les conséquences psychiques de l'oligophrénie (retard mental). Il s'agit généralement de physio- et de psychothérapies. Pour les assurés de moins de 20 ans, ces traitements sont, depuis mars 2016, pris en charge par l'AI et non plus par l'AOS. La majorité des autres troubles souvent associés à la trisomie 21 figuraient déjà nommément sur la liste des infirmités congénitales.

Ce changement apporte un soulagement financier aux assurés concernés et à leurs familles, puisque l'AI ne déduit pas de franchise. L'AI est compétente pour les assurés jusqu'à l'âge de 20 ans, par la suite l'AOS est tenue d'allouer des prestations.

Résultats des projets de recherche

Il existe plusieurs pistes pour éviter une invalidité précoce chez les jeunes. Une étude publiée par l'OFAS sur le parcours de jeunes malades psychiques entre 18 et 29 ans recommande d'encourager la détection précoce et d'accorder plus souvent des mesures d'ordre professionnel, afin que les jeunes puissent acquérir une qualification professionnelle.

Pour ce groupe, formé de jeunes chez qui on a diagnostiqué une schizophrénie, des troubles affectifs, des troubles névrotiques ou des troubles de la personnalité (qui tous relèvent de la psychiatrie de l'adulte), les chercheurs ont constaté qu'une rente AI avait été octroyée bien que les informations médicales aient été parfois imprécises. Les traitements psychiatriques ont souvent été de très courte durée et toutes les mesures de réadaptation de l'AI n'ont pas été exploitées. Ces jeunes ont ainsi obtenu relativement rarement la possibilité de suivre une formation via l'AI.

L'étude recommande les mesures suivantes :

- La détection précoce de problématiques psychiques à l'école et durant la formation professionnelle devrait être encouragée. Il faudrait que l'AI collabore plus systématiquement avec les écoles et les centres de formation, et déploie plus souvent des mesures d'intervention précoce chez les élèves et les apprentis.
- Les capacités des écoles et des centres de formation devraient être améliorées de sorte qu'ils maintiennent autant que possible les enfants et les jeunes dans le système éducatif lorsque des troubles du développement sont détectés.
- Il faudrait accorder nettement plus souvent et à plusieurs reprises des mesures d'ordre professionnel financées par l'AI (comme la formation

professionnelle initiale [FPI]) aux jeunes présentant des troubles relevant de la psychiatrie de l'adulte, afin qu'ils puissent acquérir une qualification professionnelle.

- Ces mesures de réadaptation ou visant l'obtention d'un diplôme devraient en outre être appliquées nettement plus longtemps avant que l'octroi d'une rente AI ne soit envisagé. Il faudrait aussi relever sensiblement l'âge minimal permettant l'octroi d'une rente aux jeunes atteints dans leur santé psychique qui présentent un potentiel de travail, mais qui n'ont pas assez conscience de leur problème.
- Pour les jeunes présentant des troubles relevant de la psychiatrie de l'adulte, les offices AI devraient toujours associer d'emblée tous les intéressés, c'est-à-dire l'assuré, le service médical régional de l'office AI, le service d'orientation professionnelle, le médecin traitant et, le cas échéant, la famille ou le curateur, afin de garantir une évaluation interdisciplinaire du cas.

Le nombre de jeunes bénéficiant d'une rente AI en raison de maladies psychiques est préoccupant ; c'est d'ailleurs l'un des principaux facteurs à l'origine de la réforme Développement continu de l'AI. Les recommandations de l'étude correspondent aux objectifs de ce projet de réforme, qui met l'accent sur les enfants, les jeunes et les personnes atteintes dans leur santé psychique. Le projet de loi vise des améliorations en ce qui concerne les transitions entre école, formation professionnelle et monde du travail, ainsi que la collaboration avec les intéressés. Le Conseil fédéral a adopté le message concernant cette réforme le 15 février 2017 (voir chapitre Stratégie, p. 15).

Soins à domicile pour les enfants gravement malades ou lourdement handicapés

L'initiative parlementaire 12.470 Joder demandait un meilleur soutien pour les enfants gravement malades ou lourdement handicapés qui sont soignés à la maison. Prodiger à domicile des soins aux enfants qui les nécessitent représente une lourde tâche pour les parents et les personnes investies de l'autorité parentale. Ils doivent relever d'importants défis personnels et financiers, résoudre d'épineuses questions d'organisation et prendre quotidiennement des décisions difficiles. Souvent les possibilités qui existent pour les soutenir ne sont pas suffisantes. La situation de beaucoup de familles s'améliorerait grandement si elles pouvaient bénéficier d'un soutien occasionnel ou d'une prise en charge sur plusieurs jours, voire pendant le week-end. Dans la plupart des cas, les enfants ont droit à une allocation pour impotent de l'AI pour une impotence de degré moyen ou grave et à un supplément pour soins intenses (SSI).

Le Conseil fédéral a constaté que les familles concernées ont besoin de ressources financières supplémentaires pour obtenir un meilleur soutien lorsqu'elles soignent leurs enfants à domicile. Il a souligné la nécessité de coordonner le projet de la commission avec le plan d'action de soutien et de décharge en faveur des proches aidants.

La solution proposée dans le cadre de la LAI prévoit de doubler le SSI. En outre, le SSI ne serait pas déduit de la contribution d'assistance dans les cas concernés.

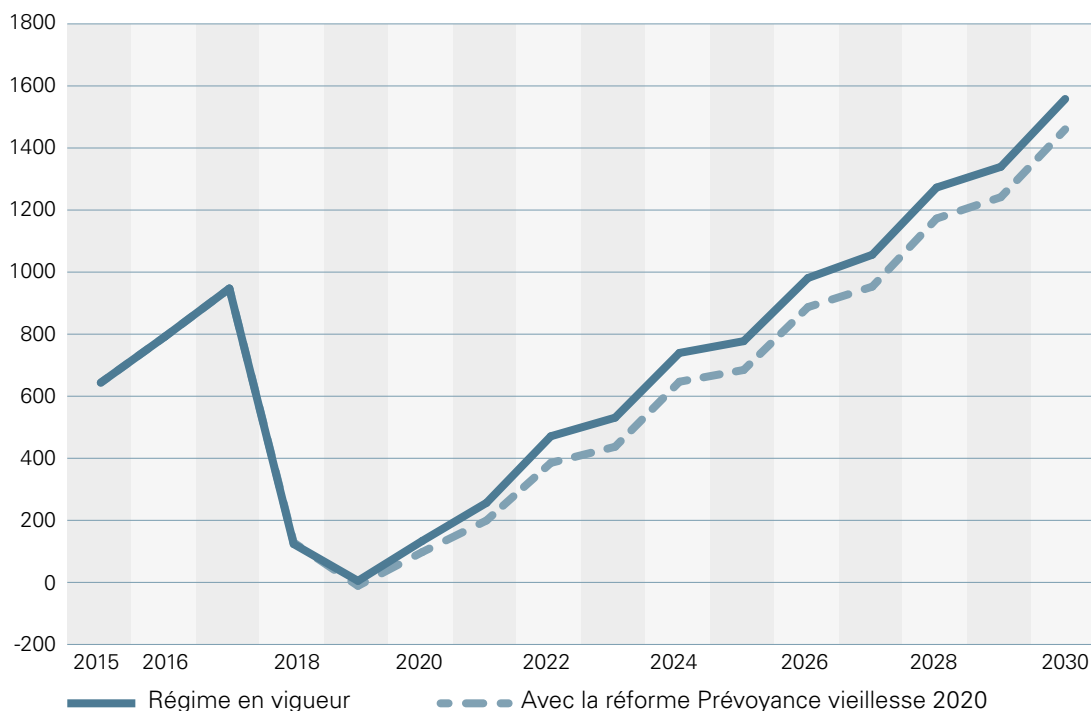
AI Assurance-invalidité

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 de l'évolution démographique (nombre de personnes exposées à un risque et de cotisants), de l'évolution économique (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 (voir AVS, Perspectives). Le graphique ci-dessous montre le résultat de réparti-

tion de l'AI selon deux scénarios : d'une part, selon le droit en vigueur et, d'autre part, avec la réforme Prévoyance vieillesse 2020 dans la version adoptée par le Parlement, cette réforme ayant un impact sur l'AI notamment en raison du relèvement de l'âge de référence pour les femmes. Le fort recul en 2019 s'explique par l'achèvement de la période de financement additionnel (2011–2017). Grâce à la stabilisation de ses dépenses et à la hausse des recettes, l'AI réalisera de nouveau, après cette période, des excédents qui lui permettront de poursuivre le remboursement de sa dette.

Evolution du résultat de répartition de l'AI, en millions de francs (aux prix de 2016)



Résultat de répartition : recettes hors produits du capital, moins les dépenses
Aux prix de 2015, état avril 2017

¹ Les chiffres actuels peuvent être consultés sur le site www.ofas.admin.ch → Assurances sociales → Assurance-invalidité AI → Finances → Perspectives financières de l'AI.

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

Dernières données disponibles : exercice 2016

1 Chiffres clés actuels des PC

Dépenses (= recettes) des PC à l'AVS 2016	2'856 mio de fr.
Dépenses (= recettes) des PC à l'AI 2016	2'045 mio de fr.
Eléments de calcul des PC pour les personnes seules	
Besoins vitaux 2017	19'290 fr.
Loyer brut maximum 2017	13'200 fr.
Franchise sur la fortune 2017	37'500 fr.
Remboursement max. des frais de maladie et d'invalidité	
– Personnes à domicile 2017	25'000 fr.
– Pensionnaires en home 2017	6'000 fr.
Bénéficiaires de PC, selon le type d'habitation	
– Personnes à domicile 2016	247'150
– Pensionnaires en home 2016	71'444

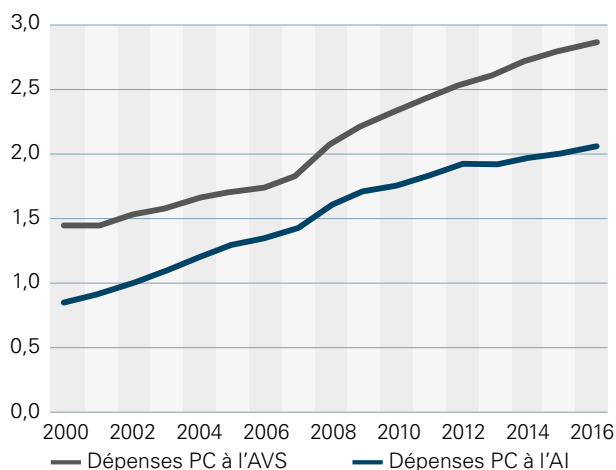
Entièrement financées par des fonds publics, les prestations complémentaires présentent, par définition, des comptes équilibrés, c'est-à-dire que les dépenses sont toujours égales aux recettes. La somme des PC à l'AVS versées en 2016 a atteint 2856 millions de francs, tandis que les PC à l'AI se sont chiffrées à 2045 millions de francs. En moyenne, les PC à l'AI sont beaucoup plus importantes pour les bénéficiaires que les PC à l'AVS, car les PC améliorent six fois plus les prestations de l'AI que les rentes de l'AVS.

Évolution en 2016

Depuis 2007, à la seule exception de 2012, les dépenses des PC à l'AVS progressent davantage que celles des PC à l'AI, ce qui s'explique par la baisse des effectifs de rentiers AI. Les PC versées en 2016 ont atteint 4901 millions de francs, dont 58 % pour les PC à l'AVS et 42 % pour les PC à l'AI. En 2016, les PC à l'AVS ont amélioré de 8 % la somme des rentes AVS ; 12,5 % des bénéficiaires de rente de vieillesse en percevaient. Les PC à l'AI ont amélioré de 47,4 % la somme des rentes AI et 46,0 % des bénéficiaires de rentes AI en ont touché.

Les PC jouent un rôle important dans le financement des séjours en home. En moyenne, en 2016, une personne vivant seule chez elle percevait 1065 francs de PC par mois, contre 3263 francs par mois pour une personne seule vivant dans un home. En 2016, 71 444 bénéficiaires de PC vivaient dans un home et 247 150 chez eux.

2 Dépenses (= recettes) des PC de 2000 à 2016, en milliards de francs

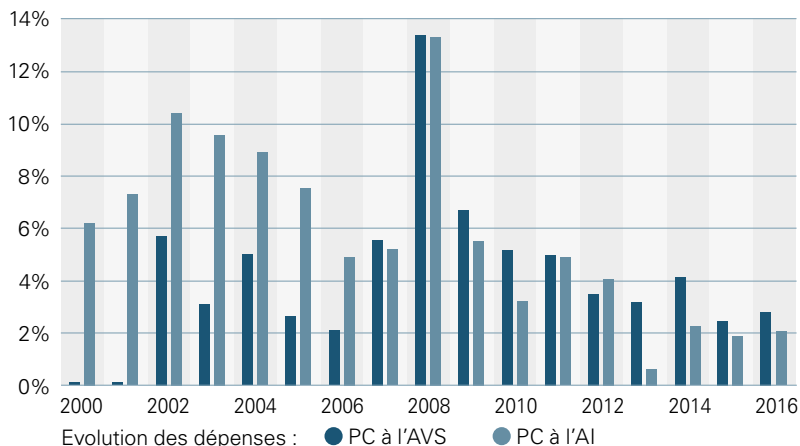


Depuis 1987, les dépenses des PC à l'AVS ont toujours été supérieures à celles des PC à l'AI. La hausse significative des deux types de dépenses en 2008 est une conséquence de la révision totale de la LPC en lien avec la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT). L'écart entre les deux types de dépenses se réduisait 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.

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

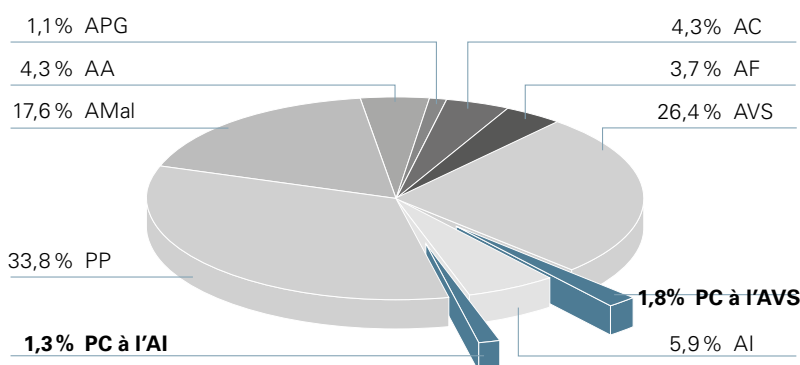
Dernières données disponibles : exercice 2016

3 Evolution des dépenses (= recettes) des PC de 2000 à 2016



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, une tendance qui s'est cependant interrompue en 2007 et 2008. 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 (ce qui a eu un impact surtout pour les personnes vivant en home). Le taux de croissance des dépenses, qui avait tendance à baisser un peu de 2008 à 2013, a repris un léger mouvement à la hausse à partir de 2015.

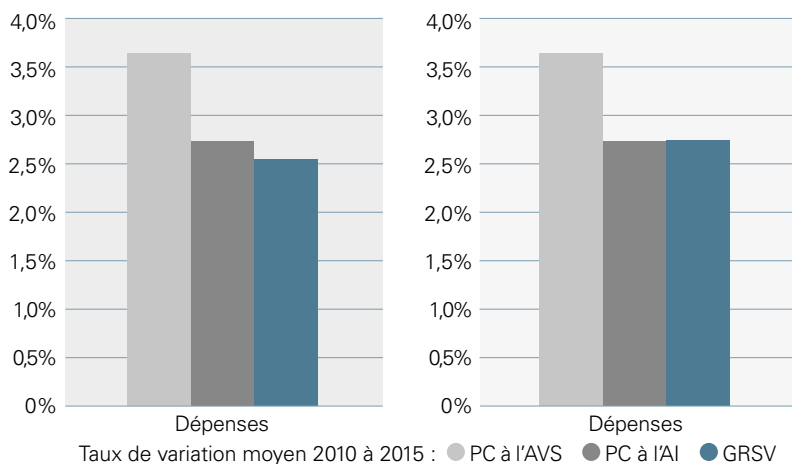
4 Les PC dans le CGAS 2015



Dépenses 2015 : 157,6 mia de fr.

Les PC à l'AVS représentent 1,8 % 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. 58,1 % des dépenses ici considérées sont utilisées pour payer les PC à l'AVS, 41,9 % sont destinées aux PC à l'AI.

5 Evolution des PC par rapport à celle du CGAS



Recettes de 2010 à 2015 : Le taux de croissance des recettes du régime des PC est directement lié aux dépenses puisque les PC sont entièrement financées par des fonds publics. Les recettes des PC ont progressé davantage que celles du CGAS.

Dépenses de 2010 à 2015 : Le taux de croissance des dépenses pour les PC à l'AVS (3,6 %) est nettement supérieur à celui des dépenses du CGAS (2,7 %). Les PC à l'AVS ont donc gagné en importance dans le CGAS. La progression des PC à l'AI était comparable à l'augmentation des dépenses du CGAS.

Source : SAS 2017 (parution automne 2017), OFAS, et www.ofas.admin.ch

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

Finances

Finances des PC en 2016, en millions de francs

Canton	Dépenses au titre des PC			Variation 2015/2016	Subvention fédérale		
	Total	PC à l'AVS	PC à l'AI		Total	PC à l'AVS	PC à l'AI
Total	4'901,3	2'856,5	2'044,9	2,5%	1'465,3	737,8	727,5
Zurich	824,1	482,8	341,3	2,5%	221,5	108,1	113,4
Berne	695,0	442,8	252,2	0,6%	193,6	103,4	90,2
Lucerne	226,0	137,2	88,8	1,7%	69,7	38,0	31,8
Uri	13,6	8,7	4,9	3,5%	3,5	2,1	1,5
Schwyz	66,7	46,5	20,2	4,7%	16,5	9,2	7,3
Obwald	14,8	10,1	4,7	2,4%	4,3	2,4	1,9
Nidwald	13,5	8,0	5,5	0,3%	4,0	2,1	1,9
Glaris	20,1	10,1	9,9	-0,3%	6,5	3,2	3,3
Zoug	44,8	24,4	20,3	3,6%	11,5	6,3	5,2
Fribourg	150,9	88,1	62,7	2,1%	51,0	25,8	25,1
Soleure	235,3	102,3	133,0	8,5%	49,1	21,6	27,6
Bâle-Ville	237,1	126,8	110,3	3,4%	75,2	30,9	44,3
Bâle-Campagne	204,4	110,9	93,5	-0,2%	45,0	18,0	26,9
Schaffhouse	39,7	22,0	17,7	3,4%	12,6	6,0	6,7
Appenzell AR	27,4	14,8	12,6	2,4%	8,3	4,0	4,3
Appenzell AI	5,1	3,3	1,8	-8,0%	1,4	0,9	0,4
Saint-Gall	288,1	168,5	119,6	3,1%	88,4	44,0	44,4
Grisons	90,2	57,4	32,8	2,6%	24,7	12,3	12,4
Argovie	243,4	142,1	101,3	3,7%	76,5	36,1	40,4
Thurgovie	112,4	61,5	50,9	3,3%	36,4	18,1	18,3
Tessin	206,0	119,2	86,8	0,4%	108,2	62,1	46,1
Vaud	508,7	287,4	221,3	2,7%	158,0	79,3	78,7
Valais	92,1	44,3	47,9	2,1%	38,1	18,4	19,7
Neuchâtel	114,3	66,6	47,7	1,5%	40,6	20,8	19,8
Genève	379,4	239,5	139,9	3,5%	107,0	57,6	49,4
Jura	48,3	30,8	17,5	3,7%	13,7	7,3	6,4

Source : SAS 2017 (parution fin 2017), OFAS et www.ofas.admin.ch

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

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 déterminée 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 2016, soit 4901,3 millions de francs, la Confédération a pris en charge 1465,3 millions (29,9 %) et les cantons 3436,0 millions de francs (70,1 %). Sur le total des dépenses des PC à l'AVS, 737,8 millions de francs ont été à la charge de la Confédération et 2118,6, à celle des cantons. Pour ce qui est des PC à l'AI, la répartition a été la suivante : 727,5 millions de francs à la charge de la Confédération et 1317,4 millions à celle des cantons. Enfin, en ce qui concerne les frais d'administration, la Confédération a versé au total 36,0 millions de francs.

Réformes

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). La commission compétente du Conseil national a demandé de renvoyer le projet au Conseil fédéral. En septembre 2015, le Conseil national a rejeté cette motion de renvoi et décidé que la commission devait entrer en matière. La commission a décidé, en

février 2016, d'attendre la publication du message relatif à la réforme des PC avant de se pencher sur le dossier.

Le 16 septembre 2016, le Conseil fédéral a adopté le message, dont les principaux éléments sont les suivants :

- Le niveau des prestations doit être maintenu. Cela devrait écarter le risque que le régime des PC se défausse sur l'aide sociale et que la réforme génère un surcroît de charges financières pour les cantons.
- Le projet vise à 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. À cette fin, il propose de limiter le retrait de 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).
- Le projet a aussi pour objectif de réduire les effets de seuil et les incitations à rester tributaire des PC. Pour y parvenir, il est prévu de modifier les prescriptions concernant la prise en compte des primes de l'assurance-maladie et celle du revenu hypothétique d'une activité lucrative.

En mars 2017, la commission du Conseil des États a décidé d'intégrer les modifications concernant les montants maximaux pris en compte au titre du loyer dans la réforme des PC.

Perspectives

Le Parlement devrait examiner dans le courant de 2017 la réforme des PC et le projet concernant le montant maximal du loyer pouvant être pris en compte.

PP Prévoyance professionnelle

Dernières données disponibles : exercice 2015

1 Chiffres clés actuels de la PP

Recettes 2015	68'225 mio de fr.
Dépenses 2015	53'470 mio de fr.
Résultat 2015	14'754 mio de fr.
Compte de capital 2015	779'400 mio de fr.

Prestations (partie obligatoire)	2016	2017
Intérêt de l'avoir de vieillesse	1,25 %	1,00 %
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 2015	
Rentes de vieillesse	720'815
Rentes d'invalidité	120'706
Rentes de veuve/veuf	186'484
Rentes d'enfants/orphelins	63'475

En 2015, le résultat des comptes de la PP a été inférieur de 3 milliards de francs à l'exercice précédent. Combiné avec des pertes sur la valeur du capital de 4 milliards de francs, il en est résulté une hausse du capital financier de seulement 9 milliards de francs, à 779 milliards.

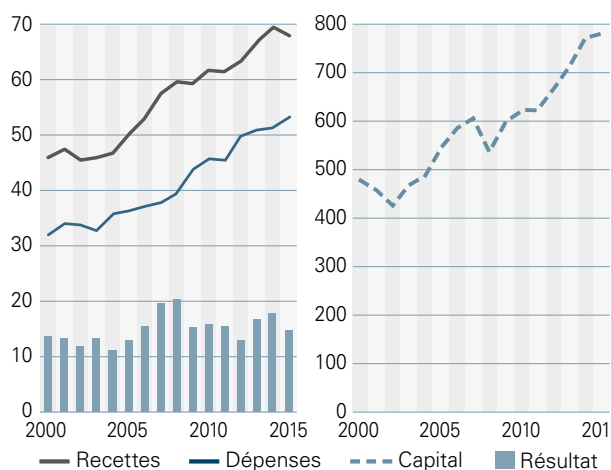
Évolution en 2015

L'évolution du capital de la PP dépend du résultat des comptes et des variations de la valeur des placements. Suivant l'évolution des marchés financiers, ces deux composantes de la constitution du capital s'additionnent ou se compensent. Pour la première fois après 2008 et 2011, des pertes de la valeur du capital ont été enregistrées en 2015. De nouveaux gains de valeur du capital sont cependant attendus pour 2016.

Conformément au compte d'exploitation (estimation fondée sur la statistique des caisses de pensions de l'OFS), les recettes ont baissé de 2,0 % en 2015. Ce recul est imputable en premier lieu au rendement courant du capital qui est passé de 15,3 milliards de francs à 13,8 milliards. La baisse des cotisations des employeurs (-3,1 %) a été presque entièrement compensée par les cotisations des salariés en hausse de 3,3 %.

Les dépenses de la PP ont augmenté de 3,2 % en 2015, ce qui correspond à peu près à la progression des prestations sociales (3,6 %). Les frais de gestion de la fortune dont on suppose qu'ils sont intégralement saisis pour l'exercice sous revue (taux de transparence de plus de 99 %) se sont accrus de 4,8 % en 2015.

2 Recettes, dépenses, résultat et capital de la PP de 2000 à 2015, en milliards de francs



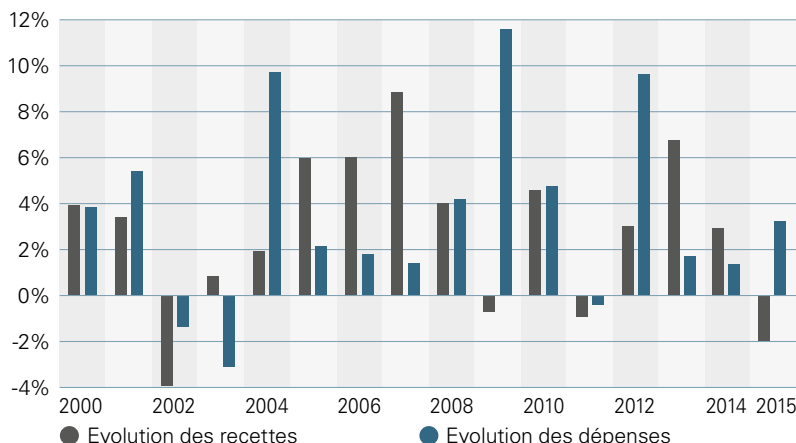
Après une hausse de 58 milliards de francs en 2014, le capital de la PP a augmenté de 9 milliards en 2015, ce qui représente la croissance la plus basse depuis 2011. Le capital avait diminué en 2001, en 2002 et en 2008 en raison des fortes pertes sur la valeur du capital. 2015 a également été marqué par des pertes de valeur du capital (-4 milliards de francs), mais le solde des comptes de 15 milliards de francs a néanmoins contribué à une évolution positive du capital.

Les recettes (-2,0 %) ont diminué en 2015, principalement en raison de la baisse du rendement des capitaux. Les dépenses ont augmenté de 3,2 %, donc à peu près dans la moyenne des dernières années.

PP Prévoyance professionnelle

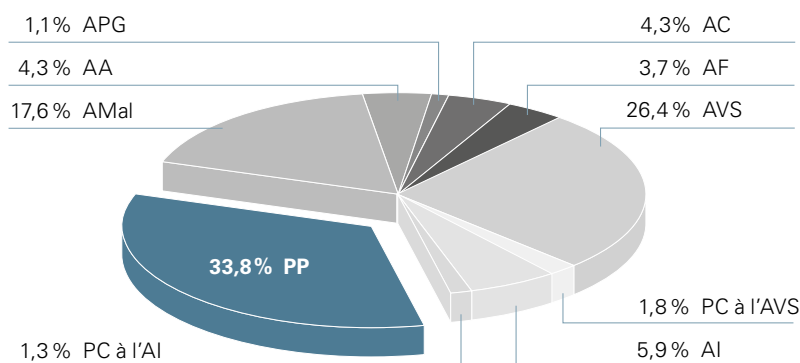
Dernières données disponibles : exercice 2015

3 Evolution des recettes et des dépenses de la PP de 2000 à 2015



Les recettes et les dépenses de la PP ont connu une évolution opposée en 2015, d'où une baisse du résultat des comptes de 3,1 milliards de francs. La diminution des recettes en 2015 s'explique aussi par l'absence de recettes extraordinaires, contrairement à ce qui s'est passé en 2013 (versements uniques des employeurs, 5 milliards de francs) et en 2014 (versements initiaux des assurés de 1 milliard et contributions d'assainissement des employeurs de 2 milliards).

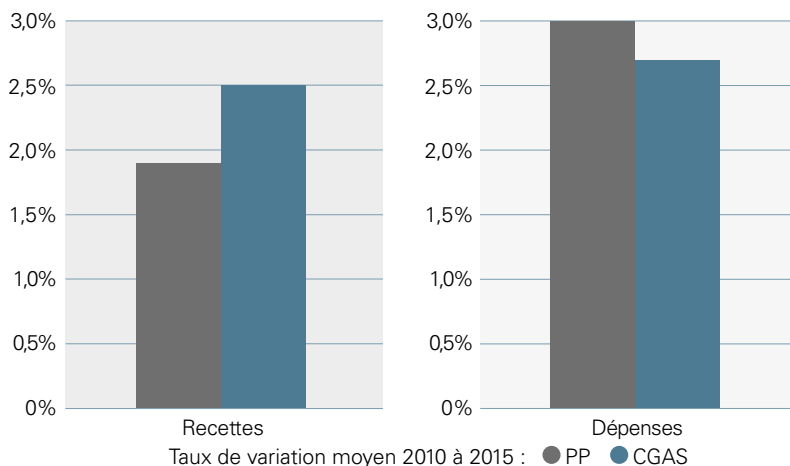
4 La PP dans le CGAS 2015



Dépenses 2015 : 157,6 mia de fr.

Mesurée à l'aune des dépenses, la PP représente l'assurance sociale la plus importante, avec 33,8 %. Les dépenses ont été affectées pour 52,7 % au versement des rentes et pour 13,7 % aux prestations en capital.

5 Evolution de la PP par rapport à celle du CGAS



Recettes de 2010 à 2015 : Le taux de croissance moyen des recettes de la PP (1,9 %) a été inférieur à celui des recettes du CGAS (2,5 %).

Dépenses de 2010 à 2015 : Les dépenses de la PP constituent la plus grande composante de celles du CGAS. Elles ont augmenté en moyenne de 3,0 %, contre 2,7 % pour celles du CGAS. La progression des dépenses de la PP est donc légèrement supérieure à celle du CGAS ; par conséquent, la part de la PP continue à augmenter par rapport aux dépenses de l'ensemble des assurances sociales.

Source : SAS 2017 (parution automne 2017), OFAS, et www.ofas.admin.ch

PP Prévoyance professionnelle

Finances

Finances agrégées 2015 de la PP¹, régime surobligatoire inclus, en millions de francs

	2015	Variation 2014/2015
Total des recettes	68'225	-2,0%
Salariés	18'343	3,3%
Employeurs	27'470	-3,1%
Versements initiaux (hors prestations de libre passage)	8'503	4,3%
Produit brut du capital	13'796	-9,8%
Autres recettes	113	30,0%
Total des dépenses	53'470	3,2%
Rentes	28'161	3,4%
Prestations en capital	7'343	4,1%
Versements en espèces	1'042	23,8%
Prestations de libre passage, nettes	7'108	7,3%
Paiements nets à des assurances	4'563	-10,4%
Intérêts passifs	398	10,5%
Dépenses administratives (y c. gestion de fortune)	4'855	4,8%
Résultat des comptes	14'754	-17,2%
Variation du capital (y c. résultat des comptes et variations de valeur du capital)	9'100	-84,3%
Capital (apuré des crédits et des hypothèques passives)	779'400	1,2%

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

Source : SAS 2017 (parution fin 2017), OFAS et www.ofas.admin.ch

Réformes

Taux d'intérêt minimal

Le 26 octobre 2016, le Conseil fédéral a décidé d'abaisser à 1 %, à partir du 1^{er} janvier 2017, le taux d'intérêt minimal applicable dans la prévoyance professionnelle qui était précédemment fixé à 1,25 %. 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. Le Conseil fédéral a justifié cette baisse par le niveau plancher historique atteint par les taux d'intérêt des obligations de la Confédération et par les performances globalement insuffisantes des autres solutions de placement. La Commission fédérale de la prévoyance professionnelle avait elle aussi recommandé un taux de 1 %.

Mise en œuvre de la révision du partage de la prévoyance en cas de divorce

Le 19 juin 2015, le Parlement a adopté une révision du Code civil visant à améliorer le partage de la prévoyance professionnelle en cas de divorce. Ce projet prévoit notamment le partage des prétentions de prévoyance entre les conjoints lors d'un divorce et entre les partenaires enregistrés en cas de dissolution du partenariat, si l'une des personnes concernées (ou les deux) perçoit déjà une rente d'invalidité ou une rente de vieillesse de la PP au moment de la séparation. Ce n'était pas le cas jusqu'ici. Pour appliquer cette nouvelle réglementation, il a fallu rédiger de nouvelles dispositions d'ordonnance sur plusieurs points concernant des questions techniques. Ces dispositions ont été approuvées par le Conseil fédéral le 10 juin 2016 et la nouvelle réglementation est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017.

Réforme Prévoyance vieillesse 2020

Des informations au sujet de cette réforme se trouvent aux pages 14 et 30 du présent rapport.

Modernisation de la surveillance

Des informations au sujet de cette réforme se trouvent à la page 18 du présent rapport.

Réforme des PC

Des informations au sujet de cette réforme se trouvent aux pages 17 et 18 du présent rapport.

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 francs (état 2016) 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 impérativement 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 en février 2015. Le Parlement a approuvé le projet en votation finale le 18 décembre 2015 et le délai référendaire a expiré en avril 2016 sans qu'il en ait été fait usage. Conformément au projet, les institutions de prévoyance qui proposent différentes stratégies de placement pourront dorénavant transférer à l'assuré la valeur effective de son avoir de prévoyance au moment où il quitte l'institution ou change de stratégie de placement. En revanche, les institutions de prévoyance ont l'obligation de proposer au moins une stratégie de placement à faible risque, notion que le Conseil fédéral devra définir au niveau de l'ordonnance. Les adaptations réglementaires nécessaires sont en cours d'élaboration. Le Conseil fédéral n'a pas encore fixé la date d'entrée en vigueur des nouvelles dispositions.

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

La révision du droit de l'entretien de l'enfant a été adoptée par le Parlement le 20 mars 2015 ; le délai référendaire, qui courait jusqu'au 9 juillet, n'a pas été mis à profit. Dans le domaine du droit du divorce et de l'entretien de l'enfant, le législateur a attribué au Conseil fédéral la compétence de régler au niveau fédéral l'aide au recouvrement, afin de garantir qu'un enfant reçoive effectivement les contributions d'entretien qui lui reviennent. Le Conseil fédéral procédera à l'harmonisation de l'aide au recouvrement par voie d'ordonnance. Par ailleurs, une modification légale prévoit l'impossibilité d'obtenir le versement du capital de prévoyance tant qu'une personne ne remplit pas son obligation d'entretien. Les services de recouvrement pourront signaler aux caisses de pension et aux institutions de libre passage les personnes qui se soustraient à cette obligation. De leur côté, les caisses de pension et les institutions de libre passage devront informer les services de recouvrement de tout versement imminent d'un capital de prévoyance. L'introduction de ces obligations d'annonce réciproques requiert des règles détaillées, qui seront élaborées dans le cadre de travaux réglementaires. Des formulaires standards permettront d'éviter tout malentendu dans les communications des services de recouvrement aux caisses de pension. Ces réglementations et formulaires seront mis en consultation en 2017.

AMal Assurance-maladie¹

Dernières données disponibles : exercice 2015

1 Chiffres clés actuels de l'AMal

Recettes 2015	27'186 mio de fr.
Dépenses 2015	27'793 mio de fr.
Résultat 2015	607 mio de fr.
Réserves (capital-actions compris) 2015	6'062 mio de fr.

Primes 2017 (par mois)	
Prime moyenne pour un adulte (franchise ordinaire, avec couverture accidents)	447 fr.
Fourchette des primes (AI 348 fr., BS 567 fr.)	348 fr. à 567 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
--	-----------------------

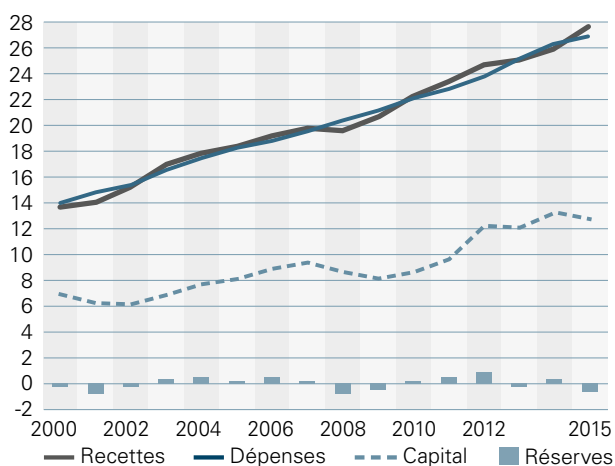
Les comptes 2015 de l'AMal se soldent par un résultat d'exploitation négatif de -607 millions de francs.

Évolution en 2015

La progression des dépenses, nettement plus forte (6,3 %) que celle des recettes (2,8 %), a abouti en 2015 à un résultat d'exploitation négatif de -607 millions de francs. La hausse moyenne des primes a été de 4,0 %. Côté dépenses, par contre, l'augmentation des prestations d'assurance sociale payées a été de 6,3 %. En 2015, les dépenses ont été affectées à des prestations d'assurance sociale à raison de 94,8 %.

Depuis l'entrée en vigueur de la LAMal en 1996, l'attention se focalise sur les primes. Leur hausse est importante depuis 2015 (4 % par année), après trois années de hausse modérée de 2012 à 2014 (2 % en moyenne) et deux années de hausse bien plus importante (8,7 % en 2010 et 6,5 % en 2011). Les plus fortes hausses moyennes ont été enregistrées en 2002 (9,7 %) et en 2003 (9,6 %). De 1996 à 2017, la variation annuelle a été de 4,6 % en moyenne.

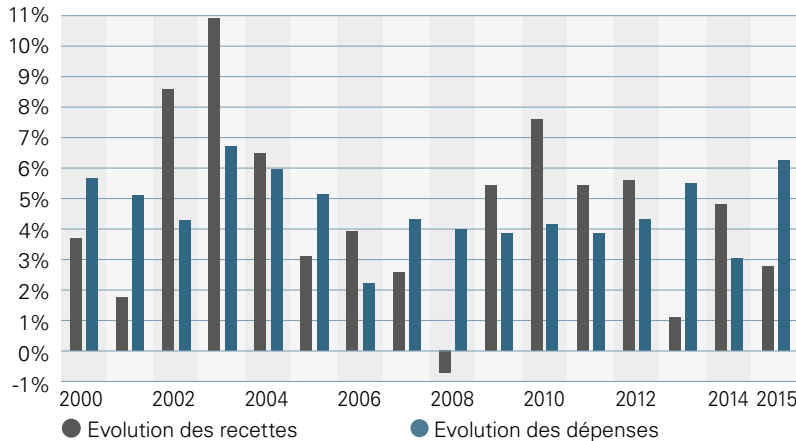
2 Recettes, dépenses, résultat et réserves de l'AMal de 2000 à 2015, en milliards de francs



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 2015, les dépenses de l'AMal ont été supérieures aux recettes. Le résultat négatif des comptes a entraîné une diminution du capital (réserves et provisions) à 12,9 milliards de francs.

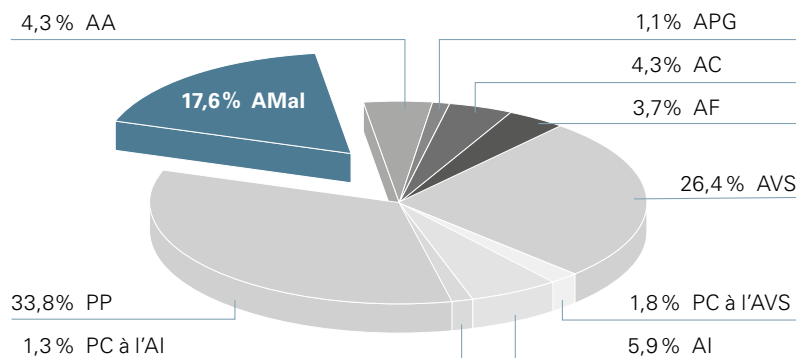
3 Evolution des recettes et des dépenses de l'AMal de 2000 à 2015



Les recettes de primes ont certes augmenté de 5,8 % en 2015, mais la forte baisse des variations de valeur du capital (-108,7 %) a eu pour effet de réduire à 2,8 % l'amélioration du résultat des comptes.

De 2007 à 2012, la progression des dépenses a été de 4 % par année ; en 2015, avec 6,3 %, elle a atteint la troisième valeur plus élevée depuis l'instauration de l'assurance-maladie obligatoire. L'évolution des dépenses dépend de celle des prestations payées.

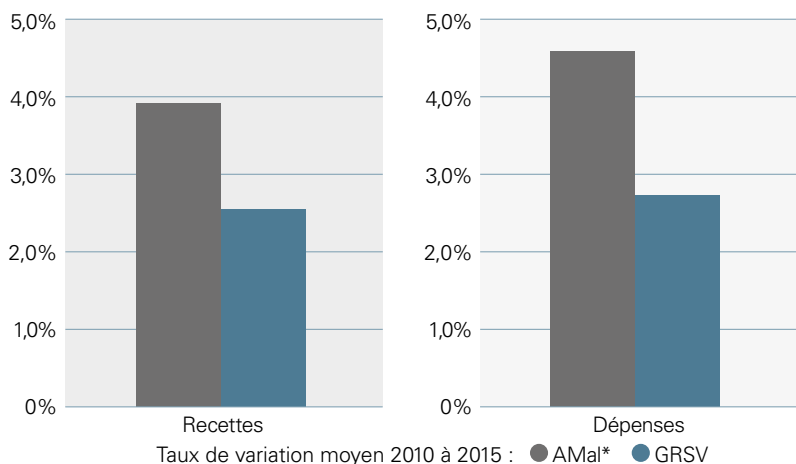
4 L'AMal dans le CGAS 2015



Dépenses 2015 : 157,6 mia de fr.

À l'aune des dépenses, l'AMal vient en troisième position des assurances sociales, avec 17,6 %. Ses dépenses ont été affectées à des prestations d'assurance sociale à raison de 94,8 %.

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



Recettes de 2010 à 2015 : Le taux de croissance des recettes de l'AMal (3,9%) a été nettement supérieur à celui des recettes du CGAS (2,5%). Les recettes de l'AMal dépendent des primes moyennes, qui ont augmenté de 3,2 % durant cette période.

Dépenses de 2010 à 2015 : Le taux d'accroissement moyen des dépenses de l'AMal, de 4,6%, a été nettement supérieur à celui des dépenses du CGAS (2,7%). Les dépenses de l'AMal ont donc aussi contribué dans une proportion importante à la hausse des dépenses du CGAS.

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

AMal Assurance-maladie

Finances

Finances agrégées de l'AMal en 2015, en millions de francs

	2015	Variation 2014/2015
Total des recettes	27'186	2,8%
Cotisations des assurés, sans les parts des primes des réassureurs et les réductions de primes	22'866	5,8%
Réductions de primes et autres contributions	4'110	2,0%
Résultat non technique ¹	210	-73,8%
Total des dépenses	27'793	6,3%
Prestations payées, sans les parts des prest. des réassureurs	25'956	5,8%
Autres charges d'assurance ²	99	-8,6%
Variation des provisions pour correction des primes	48	-64,8%
Compensation des risques	92	359,5%
Variation des provisions pour cas d'assurance non liquidés	282	140,7%
Charges d'exploitation	1'316	2,2%
Résultat d'exploitation	-607	-305,1%
Capital	12'943	-1,9%
dont réserves (capital-actions compris)	6'062	-9,1%

1 Produit courant du capital, variations de valeur du capital, autres produits et charges d'exploitation.

2 Forfaits de traitement et frais de centres d'appels médicaux, examens et certificats médicaux, etc.

Source : SAS 2017 (parution fin 2017), OFAS et www.ofas.admin.ch

Chiffres relatifs à la structure de l'AMal

	2014	2015
Assureurs LAMal (proposant l'AOS)	60	58
Nombre d'assurés	8'195'065	8'298'383
– avec franchise ordinaire	1'824'865	1'753'321
– avec franchise à option	1'206'449	1'137'698
– avec assurance avec bonus	4'620	4'418
– avec choix limité des fournisseurs de prestations	5'159'131	5'402'946
Nombre d'assurés mis aux poursuites	359'178	392'238
– pour des primes d'un montant total de millions de fr.	710	708
Nombre d'assurés sanctionnés par suspension des prestations	22'890	27'388
– pour des primes d'un montant total de millions de fr.	50	62
Nombre d'assurés au bénéfice d'une réduction de primes	2'191'164	2'222'034
Montant total des réductions de primes en millions de fr.	4'007	4'086

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

Réformes

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

Le Conseil fédéral, en sa qualité d'autorité d'approbation compétente, est tenu d'examiner si les structures tarifaires qui lui sont soumises sont conformes à la loi et à l'équité, et si elles satisfont au principe d'économie (art. 46, al. 4, LAMal). SwissDRG, la structure tarifaire pour le secteur des soins hospitaliers aigus, est adaptée et soumise à l'approbation du Conseil fédéral à un rythme annuel depuis l'introduction de la version 1.0. Sa version 6.0, la dernière approuvée, l'a été le 9 décembre 2016. Dans les autres secteurs hospitaliers, des projets de structure tarifaire sont menés sous la responsabilité de SwissDRG, avec pour horizon temporel 2018 (Structure tarifaire psychiatrie [TARPSY]) et 2020 (Structure tarifaire nationale pour la réadaptation [ST Reha]), dans la perspective de la mise en place de forfaits axés sur les prestations.

Dans le domaine de la médecine hautement spécialisée (MHS), les cantons sont tenus d'avoir une planification commune. Le rapport du 25 mai 2016, Planification de la médecine hautement spécialisée : mise en œuvre par les cantons et compétence subsidiaire du Conseil fédéral, en réponse au postulat 13.4012 « Planification de la médecine hautement spécialisée. État des lieux » illustre l'état de la planification de la MHS par les cantons à l'échelle suisse ; le Conseil fédéral a constaté que les travaux des cantons avancent, mais qu'il reste un potentiel d'amélioration. Il estime qu'à l'heure actuelle, il n'est ni indiqué ni utile de faire usage de sa compétence subsidiaire dans ce domaine. Cet examen sera actualisé en 2019.

Évaluation de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier

Des études scientifiques sont menées de 2012 à 2019 dans différents domaines thématiques pour analyser les effets de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier. Un rapport de l'OFSP au Conseil fédéral sur les résultats intermédiaires obtenus jusqu'à fin 2014 permet de supposer que les objectifs pourront être atteints globalement comme souhaité. Des déductions concernant les effets de la révision du financement hospitalier sur l'évolution des volumes et des coûts sont attendues pour 2019 dans le cadre du rapport final d'évaluation de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier.

Après avoir pris connaissance du rapport intermédiaire le 13 mai 2015, le Conseil fédéral a confirmé la poursuite de l'évaluation jusqu'en 2019 et accordé les fonds nécessaires à la réalisation de la deuxième étape. Dans cette étape, les effets de la révision seront examinés de manière approfondie dans trois domaines thématiques : coûts et financement du système suisse de soins, qualité des prestations hospitalières stationnaires et garantie de l'approvisionnement en soins. Dans un rapport au Conseil fédéral prévu pour 2019, l'OFSP présentera les résultats définitifs de l'évaluation, ainsi que les mesures éventuelles encore nécessaires pour développer le financement des hôpitaux. Toutes les études réalisées à ce jour dans ce cadre, le rapport intermédiaire ainsi que d'autres documents pertinents sont disponibles sur le site Internet de l'évaluation : www.bag.admin.ch/evalspitalfinanzierung.

Rapport sur les soins de longue durée

Le 25 mai 2016, le Conseil fédéral a adopté le rapport « État des lieux et perspectives dans le secteur des soins de longue durée » en réponse au postulat 12.3604 « Définir une stratégie pour les soins de longue durée », déposé le 15 juin 2012, qui le chargeait de soumettre au Parlement un rapport à ce sujet. Il devait y présenter une analyse actuelle des défis qu'une telle stratégie implique de relever, qu'ils soient politiques, financiers ou relatifs au marché de l'emploi, aux infrastructures ou à la société ; examiner les objectifs et les tâches qui incomberaient aux pouvoirs publics ; exposer en les évaluant les différentes mesures et options possibles ; et indiquer les modifications législatives auxquelles il y aurait lieu, le cas échéant, de procéder.

Ce rapport présente en conséquence un état des lieux de différentes mesures et illustre les défis qu'il s'agira de relever dans les domaines du personnel, des soins et de l'infrastructure. Il propose par ailleurs un train de mesures à prendre par la Confédération et les cantons. Celui-ci devrait permettre d'imposer l'application des mesures existantes et de prendre le cas échéant de nouvelles mesures pour faire face aux enjeux futurs dans les domaines du personnel de santé, de l'approvisionnement en soins et du financement.

Pilotage du domaine ambulatoire

La limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins a été réintroduite le 1^{er} juillet 2013 afin d'empêcher une hausse du nombre de médecins dans le secteur ambulatoire et, par voie de conséquence, une croissance incontrôlée des coûts. La loi fédérale urgente est entrée en vigueur au milieu de 2013 et a été prolongée de trois ans, le 17 juin 2016, jusqu'au 30 juin 2019. Les médecins qui ont exercé pendant au moins trois ans dans un établissement suisse de formation reconnu ne sont pas touchés par cette réglementation. Les can-

tons disposent d'une grande marge de manœuvre pour l'organisation de la limitation des admissions ; ils peuvent, par exemple, n'édicter des restrictions que pour certaines disciplines médicales.

Mesures dans le domaine des médicaments

Le Conseil fédéral a décidé pour le 1^{er} juin 2015 une adaptation des bases légales concernant la fixation des prix des médicaments de la liste des spécialités (LS). Ce faisant, il a largement tenu compte du postulat 12.3614 « Revoir le système de formation du prix des médicaments » et du point 3 du postulat 12.3396 « Adaptation du système de formation du prix des médicaments ». Conformément aux objectifs fixés dans la stratégie Santé2020, le but visé était d'augmenter encore l'efficacité par une simplification des processus, d'améliorer la qualité dans l'évaluation du rapport coût-bénéfice, d'accroître la transparence dans les décisions, ainsi que de stabiliser la croissance des coûts des préparations originales. Le 14 décembre 2015, le Tribunal fédéral a décidé qu'en plus de la comparaison de prix avec l'étranger, le réexamen triennal des conditions d'admission devrait toujours comporter aussi une comparaison thérapeutique transversale (ATF 142 V 26). Les dispositions des bases légales relatives à la fixation des prix des médicaments de la liste des spécialités (LS) entrées en vigueur le 1^{er} juin 2015 prévoient certes un recours accru à ce deuxième type de comparaison, mais elles ne correspondent pas entièrement à l'arrêt du Tribunal fédéral. En conséquence, le Conseil fédéral a décidé, le 24 février 2016, qu'il fallait adapter à nouveau les bases légales du réexamen triennal des conditions d'admission et ne pas procéder à ce réexamen en 2016. Les dispositions d'ordonnance adaptées sont entrées en vigueur le 1^{er} mars 2017. Elles prévoient que les critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité seront examinés dans le cadre de tous les réexamens des conditions d'admission, et que le réexamen comprendra toujours tant une comparaison de

prix avec l'étranger qu'une comparaison thérapeutique transversale, les deux niveaux de prix étant pris en compte pour moitié. En outre, les règles de fixation des prix des génériques et les critères applicables à la participation aux coûts différenciée ont été adaptés afin que des économies supplémentaires puissent être réalisées, avant même la mise en place d'un système de prix de référence, dans le domaine des médicaments dont le brevet est échu. Le réexamen triennal des conditions d'admission reprendra en 2017, et le premier portera sur le premier tiers des médicaments de la LS.

Remboursement de médicaments au cas par cas

L'OFSP a évalué entre juin 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 sur la LS. 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 en 2015 sur la manière d'améliorer et de standardiser les processus. Les médecins-conseils ont commencé le travail d'uniformisation des formulaires de garantie de prise en charge, en vue de simplifier et d'accélérer le traitement des demandes. Les dispositions relatives au remboursement de médicaments au cas par cas ont été adaptées dans le cadre de l'adaptation des dispositions d'ordonnance concernant le réexamen des conditions d'admission des médicaments de la LS (voir Mesures dans le domaine des médicaments). Les dispositions adaptées prévoient notamment que les titulaires d'autorisation soient associés plus étroitement à la formation des prix, que la part relative à la distribution pour les fournisseurs de prestations soit réglementée plus en détail et que les assureurs

rendent leur décision sur les demandes de garantie de prise en charge des coûts, lorsque celles-ci sont complètes, dans les deux semaines. La mise en œuvre de ces mesures sera soumise à une nouvelle évaluation en 2020.

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

Dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie de la Confédération en matière de qualité, le Conseil fédéral a adopté le message concernant la modification de la LAMal (renforcement de la qualité et de l'économicité) le 4 décembre 2015. Il s'agit de créer les structures nationales nécessaires à l'application de cette stratégie, ainsi qu'une base de financement. Après que le Conseil des États a décidé, le 16 juin 2016, de ne pas entrer en matière sur le projet, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national a pour sa part opté, lors de sa séance du 13 octobre 2016, pour l'entrée en matière. La discussion se poursuit. En outre, le Conseil fédéral a accordé des fonds pour la poursuite des programmes nationaux progressifs de 2015 à 2017. Ces programmes sont menés par la fondation sécurité des patients suisse (auparavant : Fondation pour la sécurité des patients). Le premier programme pilote national, « La sécurité en chirurgie », lancé en 2012, a été évalué en 2015 et s'est achevé avec succès. Pour le deuxième, « La sécurité de la médication aux interfaces », et le troisième, « Réduction des infections nosocomiales », d'autres travaux ont été réalisés en 2015 et 2016. En outre, l'association des homes et institutions sociales suisses Curaviva et l'Association suisse des services d'aide et de soins à domicile bénéficieront d'un soutien pour l'élaboration et le test d'indicateurs de qualité pour les soins médicaux. Enfin, des indicateurs de qualité pour les EMS et les institutions de soins ambulatoires sont élaborés sur la base de l'art. 59a LAMal.

Stratégie pour les maladies rares

Le Conseil fédéral a adopté le concept « Maladies rares » le 15 octobre 2014 dans le cadre de la stratégie Santé2020. Ses objectifs principaux sont la pose du diagnostic dans un délai rapide ; une prise en charge de qualité tout au long de l'évolution de la maladie ; le soutien et le renforcement des ressources disponibles aux patients et à leur entourage ; un soutien socioprofessionnel aux patients pour les questions administratives ; la promotion de la recherche et une participation ciblée de la Suisse à la recherche internationale.

Le plan de mise en œuvre adopté le 13 mai 2015 par le Conseil fédéral comprend des mesures, des rôles et des compétences pour passer, sous la direction de l'OFSP, de la situation décrite dans le concept à la situation souhaitée. Ce plan s'articule en quatre projets et 19 mesures : 1. Centres de référence, soutien aux patients, registres et systèmes de codage, 2. Prise en charge ; 3. Information et implication des organisations de patients, et 4. Formation et recherche.

La mise en œuvre des mesures du projet n° 1 prend plus de temps que prévu et devrait être reportée d'environ deux ans. Dans le cadre du projet n° 2, la mise à jour de la liste des infirmités congénitales reste liée à la réforme Développement continu de l'AI, qui devrait entrer en vigueur en janvier 2019. Les autres mesures du projet n° 2 ainsi que les projets n°s 3 et 4 sont dans les temps et devraient être largement réalisés comme prévu fin 2017.

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

La nécessité de réviser la structure tarifaire TARMED n'est pas contestée sur le fond. C'est pourquoi une partie des partenaires tarifaires (FMH, H+ et par la suite également curafutura) ont travaillé durant des années à une révision totale de cette structure. Avec la résiliation du contrat-cadre rela-

tif à TARMED conclu entre santésuisse et H+, le domaine des prestations ambulatoires menaçait de se retrouver sans structure tarifaire au 1^{er} janvier 2017. À l'invitation du chef du DFI, les partenaires tarifaires se sont accordés le 15 septembre 2016 pour appliquer la version 1.08 BR de TARMED jusqu'à fin 2017, afin de garantir la sécurité du droit. Le Conseil fédéral a approuvé cette convention le 23 novembre 2016.

Celle-ci ne constitue toutefois pas une solution à long terme dans le sens d'un respect des prescriptions légales – indépendamment de sa limitation à fin 2017 –, car la nécessité de réviser la structure tarifaire TARMED demeure. Malgré l'invitation du chef du DFI, les partenaires tarifaires ne se sont pas non plus entendus, fin octobre 2016, pour demander l'approbation d'une structure tarifaire entièrement ou partiellement révisée.

L'OFSP, en sa qualité d'office compétent, a été chargé de préparer des adaptations de la structure tarifaire en vigueur jusque-là, de tenir compte autant que possible des propositions présentées séparément par les partenaires tarifaires, et de soumettre ensuite ces adaptations au Conseil fédéral pour adoption et de les mettre en consultation. Une modification d'ordonnance comprenant des adaptations de la structure tarifaire TARMED a été mise en consultation du 22 mars au 21 juin 2017. Les adaptations proposées accroissent la transparence, réduisent les incitations négatives et rendent TARMED plus approprié. En même temps que la modification de l'ordonnance, une structure tarifaire uniforme sur le plan national a été fixée pour les prestations de physiothérapie, pour éviter que ce domaine, après l'échec des négociations des partenaires tarifaires, ne se retrouve sans structure tarifaire au 1^{er} janvier 2018. Basée sur celle en vigueur, cette structure tarifaire comprend quelques petites adaptations pour mieux tenir compte des prescriptions légales et empêcher certaines incitations à raccourcir la durée du traitement. L'objectif est que

ces modifications soient neutres en termes de coûts, et que les hausses de coûts, ces prochaines années, restent raisonnables.

Révision de la LAMal du 30 septembre 2016 (adaptation de dispositions à caractère international)

L'Assemblée fédérale a adopté, le 30 septembre 2016, une révision de la LAMal (FF 2016 7405). Les modifications apportées concernent principalement des dispositions à caractère international.

Cette révision crée une base légale qui permet d'instaurer une coopération transfrontalière de durée illimitée dans toutes les régions frontalières. Ainsi, l'assurance-maladie prend en charge, à certaines conditions, les frais des traitements médicaux effectués dans les zones frontalières étrangères. La modification apporte un certain assouplissement du principe de territorialité en vigueur dans l'assurance-maladie. En outre, quelques règles concernent les assurés qui résident dans un État membre de l'UE, en Islande ou en Norvège et qui sont assurés en Suisse (assurés UE ; il s'agit principalement de frontaliers et de retraités qui perçoivent une rente suisse, ainsi que des membres de leur famille). Dorénavant, les cantons seront tenus d'assumer la part cantonale pour ces assurés en cas de traitement hospitalier en Suisse. En outre, pour les assurés UE qui perçoivent une rente suisse et pour les membres de leur famille, les traitements hospitaliers en Suisse seront pris en charge jusqu'à concurrence du tarif applicable pour ce traitement dans un hôpital répertorié du canton de référence. La révision répond par ailleurs à deux motions concernant le choix du fournisseur de prestations et la prise en charge des coûts des traitements ambulatoires pour toutes les personnes assurées en Suisse, en prévoyant que, pour tous les traitements ambulatoires, les coûts sont pris en charge selon le tarif applicable au fournisseur de prestations choisi par l'assuré.

Correction des primes

Le 21 mars 2014, le Parlement a adopté la modification de la LAMal concernant la correction des primes. Le montant à compenser est de 800 millions de francs et il est financé à parts égales par trois sources :

- Les assurés domiciliés dans les cantons dont les primes ont été trop basses entre 1996 et 2013 paient un supplément de prime. Celui-ci sert à financer la diminution de prime accordée aux assurés des cantons où, durant la même période, les primes payées étaient trop élevées. La somme des diminutions de prime est de 266 millions de francs. Le supplément de prime annuel ne peut excéder le montant redistribué sur le produit des taxes d'incitation.
- Les assureurs versent 33 francs par assuré dans un fonds spécial, ce qui donne un montant total de 266 millions de francs. Ils financent leur contribution soit par un supplément unique de prime en 2016, soit au moyen de leurs réserves, si celles-ci sont excessives.
- La Confédération verse également 266 millions de francs dans ce fonds, à raison d'un tiers en janvier des trois années qui suivent l'entrée en vigueur de cette modification de loi.

Le fonds spécial est géré par l'institution commune LAMal. Il est réparti en février de ces trois années entre les assureurs, pour que ceux-ci puissent accorder une diminution de prime et un remboursement de primes aux assurés des cantons dans lesquels les primes payées entre 1996 et 2013 étaient trop élevées.

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 en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2015 et ont effet jusqu'au 31 décembre 2017.

Réserves dans l'assurance-maladie sociale

La modification de l'ordonnance du DFI sur les réserves dans l'assurance-maladie sociale (ORe-DFI ; RS 832.102.15) entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017 concerne deux domaines. Les assureurs-maladie qui proposent également l'assurance-accidents selon la LAA quantifient leurs risques pertinents non seulement conformément à la LSAMal mais aussi, désormais, selon la LAA, et regroupent les réserves prévues par les deux lois. Les réserves disponibles selon la LSAMal et la LAA sont additionnées et comparées aux réserves minimales exigées par les deux lois. En outre, le calcul des réserves disponibles (calcul du capital de base, prise en compte du capital complémentaire) a été adapté.

Régions de primes : modifications au 1^{er} janvier 2017 suite à des fusions de communes

L'ordonnance du DFI du 25 novembre 2015 sur les régions de primes (RS 832.106) a été modifiée le 24 novembre 2016. La modification, qui est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017, consiste en une mise à jour de l'annexe de l'ordonnance, qui contient une liste des communes suisses et de leurs régions de primes respectives. Cette mise à jour a été nécessitée par des fusions de communes qui sont entrées en vigueur courant 2016 ou qui ont pris effet le 1^{er} janvier 2017.

Perspectives

Health Technology Assessment (HTA)

Les principes du recours aux 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. Le Conseil fédéral répondait de la sorte aux recommandations formulées par la Commission de gestion du Conseil national 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 »). Se fondant sur les résultats de la consultation, le Conseil fédéral a décidé, le 13 mai 2015, de poursuivre séparément le traitement des thématiques qualité et HTA. Le 4 mai 2016, il a accordé les fonds nécessaires à la mise sur pied d'une unité HTA au sein de l'OFSP. Celle-ci sera constituée progressivement de 2017 à 2019. L'unité HTA de l'OFSP collabore avec les organisations existantes et attribue des mandats externes pour la rédaction de rapports HTA. Un petit programme pilote HTA est mené de 2015 à 2017. Un processus systématique et transparent, à plusieurs étapes, et auquel les parties prenantes sont associées, a été développé pour la réévaluation des prestations AOS existantes. L'OFSP a présenté le processus aux parties prenantes dans le cadre d'un atelier à l'automne 2015 et a recueilli des réactions qui ont servi de base pour d'autres adaptations et concrétisations des processus et des méthodes. En outre, une procédure publique de proposition de thèmes a été établie ; elle est accessible sur le site Internet de l'OFSP. En parallèle à l'élaboration de principes en matière de méthodes et de procédures, le DFI avait fixé directement, en 2015, les

premiers thèmes de réévaluation afin, d'une part, de commencer rapidement la mise en œuvre et, d'autre part, de recueillir de premières expériences qui pourraient ensuite influencer sur l'élaboration du processus définitif. En 2016, le processus de choix de thèmes s'est déroulé pour la première fois et le DFI a choisi trois autres thèmes en juin 2016. Des associations, des particuliers ainsi que l'OFSP ont proposé des thèmes dans le cadre de la procédure publique 2017. La plausibilité de ceux-ci a été vérifiée par l'OFSP et des priorités ont été définies avec la participation des parties prenantes. Le DFI devrait fixer des thèmes supplémentaires en juin 2017 après délibération au sein des commissions fédérales.

Révision de la LiMA

La liste des moyens et appareils (LiMA) règle la prise en charge d'appareils médicaux que les patients retirent sur prescription médicale et qu'ils appliquent sur eux-mêmes. Cette liste n'ayant plus été revue systématiquement depuis plusieurs années, l'OFSP a lancé en décembre 2015 le projet de révision de la LiMA. La liste devrait être intégralement revue et adaptée d'ici la fin de 2019. De premières mesures ont été prises : à l'été 2016 et dès janvier 2017, les montants maximaux pour la prise en charge des produits pour lesquels il était le plus urgent d'intervenir ont été abaissés.

Médecines complémentaires

En vertu de l'article constitutionnel sur les médecines complémentaires, la Confédération et les cantons sont tenus de pourvoir, dans les limites de leurs compétences, à la prise en compte de ces médecines. 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 condi-

tions et jusqu'à leur évaluation. À 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. À cette fin, le DFI et l'OFSP ont invité les milieux concernés à prendre part à l'élaboration des critères et des processus. Ces travaux se sont achevés en 2015. La mise en œuvre nécessite des adaptations de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal) et de l'ordonnance du 29 septembre 1995 sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) ainsi que de l'annexe 1 de celle-ci. L'audition relative à ces modifications a été menée du 29 mars au 30 juin 2016. Le processus législatif est en cours.

Évaluation du nouveau régime de financement des soins

Les Chambres fédérales ont adopté le nouveau régime de financement des soins le 13 juin 2008. Celui-ci est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2011. Il règle la répartition des coûts des soins et leur prise en charge par l'AOS, les assurés et les cantons. Il comprend en outre des mesures d'accompagnement dans les domaines de l'AVS, des PC et de l'aide sociale, qui visent deux objectifs : limiter la charge financière pesant sur l'AOS et remédier à la situation financière difficile de certains groupes de personnes nécessitant des soins. Les effets du nouveau régime de financement des soins font l'objet d'une évaluation, comme le prévoit l'art. 32 OAMal, jusqu'à fin 2017. Le rapport d'évaluation final devrait être publié début 2018, après que le Conseil fédéral en aura pris connaissance.

AMal Assurance-maladie

Admission des fournisseurs de prestations

La loi fédérale urgente pour le pilotage du domaine ambulatoire est entrée en vigueur au milieu de 2013 et a été prolongée de trois ans, le 17 juin 2016, jusqu'au 30 juin 2019. Ainsi, le Conseil fédéral a reçu du Parlement le mandat de rechercher des alternatives au pilotage actuel de l'admission des médecins qui permettent de freiner la hausse des coûts tout en garantissant des soins médicaux de qualité. Le Conseil fédéral a adopté un rapport à ce sujet le 3 mars 2017. Il élabore, sur la base de cette analyse, une proposition de modification de la LAMal qui pourrait remplacer les mesures actuelles à partir de 2019. Le projet sera mis en consultation au milieu de 2017.

Mesures dans le domaine des médicaments

Dans le domaine des médicaments dont le brevet est échu, le Conseil fédéral a chargé le DFI d'entreprendre les travaux de mise en place d'un système de prix de référence. L'adaptation de la LAMal nécessaire à cet effet a été préparée en 2016. Le Conseil fédéral prévoit de lancer la consultation relative à ce projet en 2017. Les nouvelles dispositions devraient pouvoir entrer en vigueur en 2020 au plus tôt.

Part relative à la distribution

Le Conseil fédéral a chargé le DFI d'examiner les moyens d'éviter les incitations indésirables afin d'augmenter la proportion de médicaments bon marché, de génériques en particulier. Le DFI va en outre actualiser certains paramètres qui sont pris en compte dans le calcul de la part relative à la distribution. Cela permettra des économies de plusieurs millions de francs.

Mise en œuvre de la révision de la LAMal du 30 septembre 2016 (adaptation de dispositions à caractère international)

Les travaux de mise en œuvre de la révision de la LAMal du 30 septembre 2016 au niveau des ordonnances débuteront en 2017. Il est prévu qu'une partie des modifications entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2018. Les nouvelles dispositions qui concernent les assurés UE nécessitent cependant un temps de préparation plus long et seront donc mises en vigueur le 1^{er} janvier 2019.

Affinement de la compensation des risques

Le 21 mars 2014, le Parlement a inscrit la compensation des risques dans la LAMal sans limitation dans le temps, tout en décidant un nouvel affinement du dispositif. Le Conseil fédéral a été habilité à inscrire dans l'ordonnance, outre l'âge et le sexe, d'autres indicateurs de morbidité appropriés (RO 2014 3345). Par la modification du 15 octobre 2014 (RO 2014 3481), le Conseil fédéral a inscrit dans l'OCOR, à titre de solution transitoire, l'indicateur « coût des médicaments au cours de l'année précédente » (limite de 5000 francs au titre des prestations brutes pour les médicaments). Ce nouvel indicateur sera appliqué pour la première fois lors de la transmission des données et du calcul de la compensation pour la compensation des risques 2017. Avec la révision totale de l'OCOR du 19 octobre 2016, le Conseil fédéral a inscrit dans l'ordonnance, dans une deuxième étape, l'indicateur de morbidité « groupes de coûts pharmaceutiques » (PCG), formé à partir de données issues du secteur ambulatoire (RO 2016 4059). Un PCG regroupe les médicaments qui contiennent certains principes actifs utilisés pour le traitement d'une pathologie donnée particulièrement coûteuse. Le but de l'inclusion de cet indicateur de morbidité dans la compensation des risques est de repérer, sur la base de leur consommation de médicaments, les assurés ayant un besoin de prestations élevé, afin de décharger de

façon plus précise les assureurs qui ont dans leurs effectifs des assurés de cette catégorie. Cela permettra de corriger les surcompensations et sous-compensations liées à certains groupes d'assurés et de réduire ainsi l'incitation à pratiquer la sélection des risques. Par rapport à la solution transitoire, le nouvel indicateur ne produit pas d'incitation économique négative ; il vaudra la peine de contrôler les coûts. L'indicateur PCG sera appliqué pour la première fois pour la compensation des risques 2020.

Modification de l'OAMal concernant les franchises à option

En août 2015, le DFI a mené une audition sur un projet de modification de l'OAMal concernant les franchises à option de l'assurance obligatoire des soins. Ce projet comporte, d'une part, une simplification du système par la suppression de certaines franchises et, d'autre part, un renforcement de la solidarité entre les assurés. Il prévoit de supprimer les franchises les moins utilisées (adultes : 1000 et 2000 francs ; enfants : 100, 200, 300 et 500 francs) et d'adapter les rabais sur les primes accordés avec les franchises à option. Ceux-ci seront calculés en fonction du risque de participer aux coûts. Le pourcentage doit cependant varier en fonction de la franchise choisie : il sera de 70 % pour la franchise de 500 francs, de 60 % pour la franchise de 1500 francs et de 50 % pour la franchise de 2500 francs. Pour les enfants, il sera de 65 % pour la franchise de 400 francs et de 60 % pour la franchise de 600 francs.

Le Conseil fédéral a suspendu la révision. Avant de déterminer la suite de la procédure, il entend examiner dans le cadre du postulat 13.3250 Schmid-Federer « Effets de la franchise sur la consommation de prestations médicales » certaines questions touchant les franchises et leurs conséquences pour l'assurance-maladie, soulevées lors de l'audition. Le rapport du Conseil fédéral en réponse à ce postulat devrait être adopté en juin 2017.

Allègement financier en faveur des familles

Se fondant sur les deux initiatives parlementaires 10.407n Humbel « Exonérer les enfants du paiement des primes d'assurance-maladie » et 13.477n Rossini « LAMal. Révision des catégories de primes enfants, jeunes et jeunes adultes », le Parlement a modifié la LAMal, le 17 mars 2017, afin de réduire la charge financière que l'AOS représente pour les familles. Dans la compensation des risques, les assureurs seront déchargés pour les jeunes adultes (19 à 25 ans), ce qui leur permettra d'accorder à ces derniers des rabais plus importants sur les primes. De plus, les cantons seront tenus d'accorder une réduction de primes d'au moins 80 % pour les enfants qui vivent dans des ménages à revenus bas ou moyens, au lieu d'au moins 50 % actuellement. Le Conseil fédéral fixera la date d'entrée en vigueur de cette modification de loi. Les cantons devront mettre en œuvre les nouvelles prescriptions relatives à la réduction des primes dans les deux ans à compter de cette date.

Nouvelle répartition des régions de primes

Avec la loi du 26 septembre 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie (LSAMal ; RS 832.12), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2016, de nouveaux principes concernant les régions de primes ont été inscrits dans la loi. D'une part, ces régions doivent être définies sur la base de critères uniformes pour tous les cantons. D'autre part, les différences entre les primes doivent être limitées de façon à correspondre au maximum aux différences de coûts entre les régions. La réglementation actuelle (ordonnance du DFI sur les régions de primes, RS 832.106) n'est pas conforme à ces principes et doit donc être modifiée. L'OFSP a élaboré, sur mandat du DFI, une proposition de modification d'ordonnance en ce sens. Le projet a été mis en consultation du 26 septembre 2016 au 13 janvier 2017. Les modifications devraient entrer en vigueur le 1^{er} janvier 2019.

AA Assurance-accidents

Dernières données disponibles : exercice 2015

1 Chiffres actuels de l'AA

Recettes 2015 (y c. variations de valeur du capital)	8'369 mio de fr.
Dépenses 2015	6'746 mio de fr.
Résultat 2015	1'623 mio de fr.
Compte de capital 2015	52'099 mio de fr.
Cotisations 2017 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	148'200 fr./an
Prestations 2017	
Soins et remboursement de frais	Selon le cas
Prestations en espèces du gain assuré :	
Indemnité journalière : incapacité de travail totale incapacité de travail partielle	80% réduite en proportion
Rente d'invalidité : invalidité complète invalidité partielle	80% réduite en proportion

En 2015, le capital de l'AA a continué à augmenter pour s'établir à 52 099 millions de francs, ce qui représente un nouveau record.

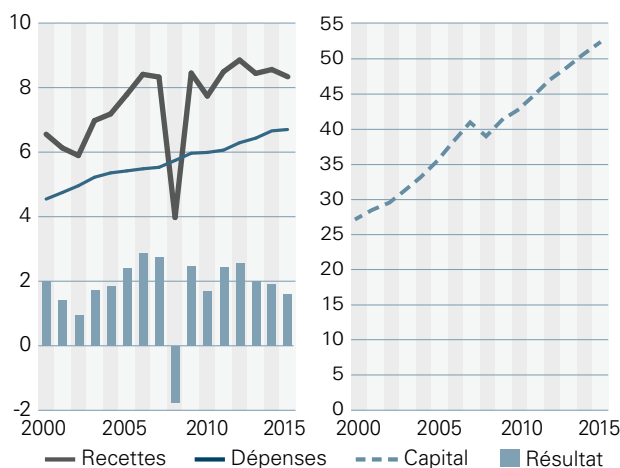
Évolution en 2015

Les dépenses s'accroissent davantage que les recettes depuis 2013. Le résultat des comptes, qui a également baissé en 2015, de 14,7 %, affichait 1623 millions de francs.

Les recettes, elles, ont diminué de 2,3 % et se chiffrent à 8369 millions de francs. Le total des cotisations a augmenté de 1,4 % en même temps que la somme des salaires soumis à cotisation (le nombre de salariés a continué d'augmenter). Par contre, le produit des placements (produit courant du capital et variation de valeur du capital) a connu une nette baisse, de 11,5 %. Les dépenses ont progressé de 1,2 % et se chiffrent à 6746 millions de francs. Le nombre d'accidents déclarés a légèrement augmenté (1,4 %) et l'effectif des bénéficiaires de rente a diminué (-1,2 %). Les dépenses ont été affectées à raison de 29,4 % à des frais de traitement, de 27,7 % à des indemnités journalières et de 28,9 % à des rentes et à des prestations en capital.

En 2015, l'AA était gérée par la Suva (principal assureur) et 28 autres assureurs. Pendant l'année, 266 349 cas d'accidents et maladies professionnels et 526 228 cas d'accidents non professionnels ont été déclarés.

2 Recettes, dépenses, résultat et capital de l'AA de 2000 à 2015, en milliards de francs

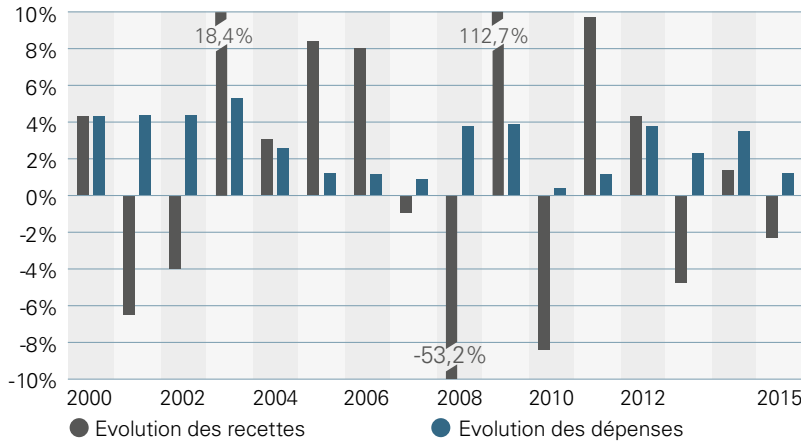


Les recettes de l'AA, calculées avec les variations de valeur du capital, sont toujours supérieures aux dépenses, à l'exception de 2008. Elles consistent pour l'essentiel en cotisations des assurés. Les principales composantes des dépenses sont les prestations à court terme (frais de traitement et indemnités journalières ; 2015 : 3,8 milliards de francs) et les prestations de longue durée (rentes et prestations en capital ; 2015 : 1,9 milliard de francs).

Les résultats positifs des comptes permettent d'accumuler du capital (2015 : 52,1 milliards de francs) sous forme de provisions et de réserves (les rentes AA étant financées par répartition des capitaux de couverture). La diminution du capital en 2008 est une conséquence de la crise financière.

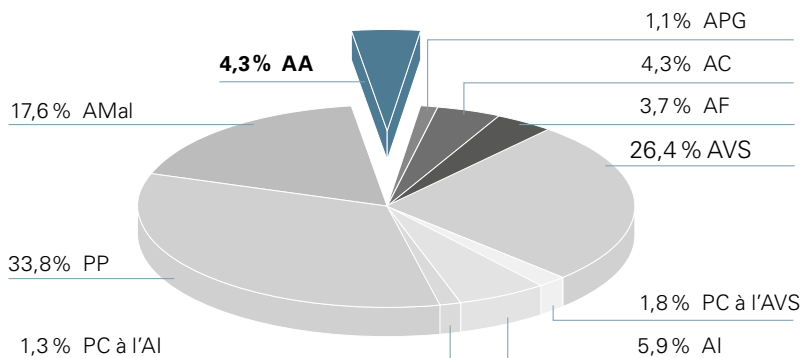
Dernières données disponibles : exercice 2015

3 Evolution des recettes et des dépenses de l'AA de 2000 à 2015



L'évolution des recettes dépend des cotisations des assurés et du produit des placements. Le total des cotisations a progressé de 1,4 % en 2015 (augmentation de la somme des salaires soumis à cotisation). Le produit des placements a nettement baissé par rapport à 2014 et s'est établi à 1946 millions de francs (-11,5 %). Les dépenses ont augmenté de 1,2 % en 2015, surtout en raison d'une hausse des prestations à court terme.

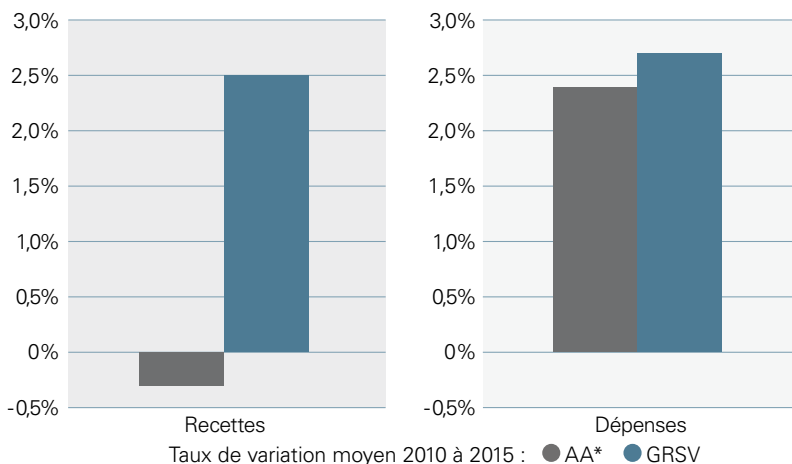
4 L'AA dans le CGAS 2015



Dépenses 2015 : 157,6 mia de fr.

À l'aune des dépenses, l'AA vient en sixième position des assurances sociales, avec 4,3 %. Les dépenses ont été affectées à raison de 29,4 % à des frais de traitement, de 27,7 % à des indemnités journalières et de 28,9 % à des rentes et à des prestations en capital.

5 Evolution de l'AA par rapport à celle du CGAS



Recettes de 2010 à 2015 : L'évolution des recettes de l'AA a été négative (-0,3 %) et a été inférieure à celle du CGAS (2,5 %). Cette évolution est due à un recul des recettes de primes.

Dépenses de 2010 à 2015 : La hausse des dépenses de l'AA (2,4 %) a été inférieure à celle du CGAS (2,7 %). Cela tient surtout au fait que les prestations de longue durée ont très peu augmenté (0,2 %), alors que les prestations à court terme ont progressé de 3,5 %.

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

Finances

Finances de l'AA 2015, en millions de francs

	2015	Variation 2014/2015
Total des recettes	8'369	-2,3%
Primes des entreprises (AP) et des assurés (ANP, AF et AAC)	6'176	1,4%
Produit des placements (y c. variations de valeur du capital)	1'946	-11,5%
Autres recettes	248	-10,8%
Total des dépenses	6'746	1,2%
Prestations à court terme	3'847	2,1%
Prestations de longue durée	1'947	0,8%
Autres dépenses	952	-1,3%
Résultat des comptes	1'623	-14,7%
Variation du capital	1'569	-8,1%
Capital¹	52'099	3,1%

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 Provisions pour prestations de longue durée, provisions pour prestations à court terme, autres provisions affectées et réserves.

Source : SAS 2017 (parution fin 2017), OFAS et www.ofas.admin.ch.

Chiffres relatifs à la structure de l'AA 2015

	2014	2015
Nombre d'assureurs	29	29
Entreprises assurées	577'271	601'096
Salariés à plein temps ¹ (en milliers)	3'945	3'963
Somme des salaires soumis à une prime AP (en mia de fr.)	288,7	293
Nombre d'accidents professionnels enregistrés	268'154	266'349
Nombre d'accidents non professionnels enregistrés	513'254	526'228
Rentes d'invalidité déterminées	1'955	1'849
Cas de décès reconnus	624	534
Indemnités pour atteinte à l'intégrité et autres versements en capital ²	5'138	5'003
Frais de traitement (en mio de fr.)	1'846,2	1'886,9
Indemnités journalières (en mio de fr.)	1'828,2	1'856,1
Capital de couverture des nouvelles rentes octroyées (en mio de fr.)	755,2	788,7

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 2015, Commission des statistiques de l'assurance-accidents (CSAA) c/o Suva (chiffres 2015 prov.)

Réformes

La révision de la loi sur l'assurance-accidents (LAA) et celle de son ordonnance d'application (OLAA) sont entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2017. Elles ont pour buts principaux de combler les lacunes de couverture et d'éviter les surindemnisations. C'est la raison pour laquelle les rentes, qui continueront à être versées à vie, sont réduites à l'arrivée de l'âge de la retraite.

La révision de la LAA instaure notamment une limite en cas de catastrophe (grand sinistre), au-delà de laquelle les assureurs désignés à l'art. 68 LAA sont tenus de créer auprès de la caisse supplétive un fonds de compensation pour financer en commun les prestations qui dépassent ladite limite. Est considéré comme grand sinistre un événement dommageable qui risque, selon toute vraisemblance, d'entraîner le versement de prestations d'assurance dépassant le volume des primes nettes de l'année précédente. Ce fonds est alimenté à compter de l'année suivant la survenance d'un grand sinistre par un supplément de prime par branche d'assurance. Ce supplément de prime est fixé par la caisse supplétive de sorte que tous les frais courants des sinistres puissent être couverts. Il est perçu par les assureurs désignés à l'art. 68 LAA et géré par la caisse supplétive. Celle-ci rembourse aux différents assureurs la charge de sinistre dépassant le seuil en question.

La révision fait également obligation à tous les assureurs privés et à la caisse supplétive de fonder une association visant à garantir le financement à long terme des allocations de renchérissement par le biais d'un fonds destiné à garantir les rentes futures. À cet effet, les membres de l'association s'engagent à constituer des provisions distinctes. L'association détermine les parts unitaires des revenus d'intérêt sur les provisions ainsi que les suppléments de prime unitaires. Elle établit en outre les comptes globaux et fixe, le cas échéant, les paiements compensatoires entre les assureurs.

Enfin, suite à la révision, le financement des prestations à court terme et des prestations de longue durée doit désormais reposer sur le système de couverture des besoins. Selon ce système, les primes doivent être calculées de sorte que toutes les dépenses se rapportant à un accident survenu au cours de l'année d'assurance soient couvertes. La loi révisée précise en outre que le système de la capitalisation doit être appliqué pour financer les rentes d'invalidité et de survivants ainsi que les allocations pour impotent, dès qu'elles sont fixées. La loi révisée prescrit par ailleurs explicitement que, pour une éventuelle future modification des normes comptables uniformes, suite avant tout à l'augmentation continue de l'espérance de vie et aux variations du niveau général des taux d'intérêt, les assureurs doivent constituer des provisions pour couvrir l'augmentation du capital de couverture des rentes nécessaire.

Perspectives

Suite à l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2017, de la révision de la LAA, il s'agit désormais de concrétiser la volonté du législateur et de mettre en œuvre les nouvelles exigences de la loi. Ainsi, la caisse supplétive, qui gère le fonds de compensation à créer pour financer en commun les prestations qui dépassent la limite dite des grands sinistres, devra édicter un règlement contenant les dispositions d'organisation et les autres détails concernant la gestion du financement. Le Conseil fédéral approuvera ce règlement. Il convient également de faire en sorte que les assureurs privés et la caisse supplétive fondent effectivement une association visant à garantir le financement à long terme des allocations de renchérissement. Les statuts ainsi que le règlement de ce fonds destiné à garantir les rentes futures devront donc être adoptés. Par la suite, le Conseil fédéral les approuvera.

AM Assurance militaire

Dernières données disponibles : exercice 2016

Chiffres clés

Selon la statistique de l'assurance militaire publiée par la Suva, le montant global des prestations versées en 2016 est de 189 millions de francs, en recul de 3,19 millions par rapport à l'exercice 2015. Le

montant (chiffres arrondis) des principales prestations de l'assurance militaire versées en 2016 et le nombre de cas sont les suivants

Chiffres détaillés de l'AM pour 2016

	2016 en milliers de fr.		Variation 2015/2016
Coût total des prestations d'assurance	189'023		-1,7
Frais de traitement	70'492		+0,4
Indemnités journalières	28'920		+2,8
Rentes	89'612		-4,5
Rentes d'invalidité ¹	45'951		-3,4
Rentes pour atteinte à l'intégrité	3'979		-8,1
Rentes de survivants	37'511		-5,6

		Nombre de rentes 2016	Variation 2015/2016
Nombre total de rentes		3'605	-4,8
Rentes d'invalidité		1'820	-4,0
Rentes pour atteinte à l'intégrité		442	-2,2
Rentes de survivants		1'168	-7,1
Divers (allocations et indemnités supplémentaires)		175	-3,8

	Coût 2016 en milliers de fr.	Nombre de cas 2016	Variation 2015/2016
Coûts¹ et nombre de cas par catégorie d'assurés, total	189'023	41'351	+2,9
Militaires de milice	109'580	23'467	+2,7
Astreints à la protection civile	5'382	1'391	-1,0
Astreints au service civil	7'687	8'259	+7,5
Personnel militaire	47'422	5'265	-2,8
Assurés à titre facultatif	12'561	2'104	+6,1
Participants aux actions de maintien de la paix	1'873	571	+13,3
Membres du Corps suisse d'aide humanitaire	1'073	245	-25,1
Divers	3'445	49	+16,7

¹ Coûts des rentes compris

Selon la statistique de la Suva, le coût total des prestations versées par l'assurance militaire a légèrement diminué en 2016 et atteint en chiffres arrondis 189 millions de francs (-1,7 %). Le coût total des rentes atteint 89,6 millions de francs, en diminution de 4,5 % par rapport à 2015. Le nombre des rentes en cours est de 3605, en baisse de 4,8 %. Ce recul, que l'on observe depuis plus d'une décennie dans le domaine des rentes, s'explique par le fait que le nombre de rentes pour lesquelles le droit s'est éteint est supérieur à celui des nouvelles rentes octroyées. Les frais des traitements ont légèrement progressé (0,4 %) et atteignent 70,5 millions de francs. En 2015, ils avaient augmenté de 8,1 %. Les coûts des indemnités journalières ont atteint 28,9 millions de francs, en progression de 2,8 % par rapport à l'exercice précédent. Le nombre de cas s'est élevé à 41 351 en 2016, en progression de 2,9 % par rapport à 2015.

L'évolution des coûts liés au service civil semble se poursuivre. En 2016, comme en 2014 et en 2015, c'est le deuxième poste de coûts derrière celui du service militaire. Le nombre de cas d'assurance liés au service civil a fait un nouveau saut ; la progression par rapport à 2015 est de 7,5 % et le montant des dépenses de cette catégorie atteint 7,7 millions de francs (+863 000). Le niveau élevé des coûts dans ce domaine s'explique par le fait que le service civil ne dispose pas, comme le service militaire, de médecins de troupe ou d'infirmeries 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.

Dans les catégories d'assurés des personnes servant dans la protection civile (-1,0 %), du personnel militaire (-2,8 %) et des membres du Corps suisse

d'aide humanitaire (-25,1 %), le nombre de cas a diminué par rapport à 2015. Dans toutes les autres catégories, il a augmenté. Les cas occasionnés par les militaires de milice ont augmenté de 2,7 % (2015 : -0,8 %). En 2016, l'assurance militaire a traité 41 351 nouveaux cas d'assurance, soit 1149 de plus qu'en 2015 (+2,9 %).

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 ou 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 pas seulement celles liées aux cas d'assurance. En 2016, l'assurance militaire a occasionné une dépense globale brute de 212,40 millions de francs (-2,97 millions). Cette dépense se compose de 190,89 millions de francs pour l'ensemble des prestations et de 21,51 millions (+0,23 million) pour les coûts administratifs.

Les recettes provenant des actions récursives, des remboursements et des primes des assurés à titre professionnel en activité ou à la retraite ont rapporté 18,06 millions de francs (-0,09 million).

La dépense globale nette de la Confédération en 2016 pour l'assurance militaire s'est donc élevée à 194,34 millions de francs (-2,86 millions).

AM Assurance militaire

Dernières données disponibles : exercice 2015

Réformes

Dans le cadre de révisions de lois, et notamment de la loi sur l'assurance-accidents, la loi sur l'assurance militaire a été modifiée sur des points d'importance secondaire. Ces modifications sont entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2017.

Le Parlement a achevé au cours de la session de printemps le débat relatif au programme de stabilisation 2017-2019. Celui-ci comprend certaines modifications de la loi sur l'assurance militaire qui concernent le financement des primes d'assurance-maladie dans l'assurance militaire par les assurés à titre professionnel en exercice ou à la retraite (assurance facultative). Cette modification de la loi nécessite des adaptations de l'ordonnance sur l'assurance militaire (OAM), qui devront être édictées suffisamment tôt pour que les nouvelles règles de financement puissent entrer en vigueur et produire des économies pour la Confédération dès 2018.

Perspectives

Même si le coût et le nombre des rentes continueront de baisser, à l'inverse des autres postes de dépenses, les coûts globaux de l'assurance militaire ne devraient pas trop varier ces prochaines années.

APG Allocations pour perte de gain

Dernières données disponibles : exercice 2016

1 Chiffres clés actuels des APG

Avec la réduction du taux de cotisation, passé de 0,50 % à 0,45 % au 1^{er} janvier 2016, le régime des APG accuse à nouveau un excédent de dépenses (-52 millions de francs), pour la première fois depuis 2010. Grâce à une

Recettes 2016	1'694 mio de fr.
Dépenses 2016	1'746 mio de fr.
Résultat d'exploitation 2016	-52 mio de fr.
Compte de capital 2016	1'024 mio de fr.

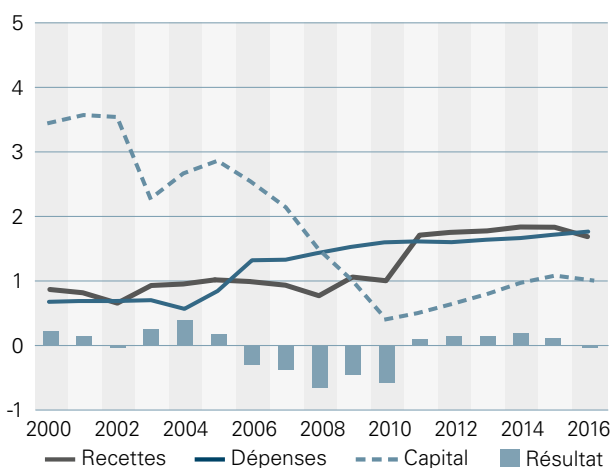
Allocation de base 2017	
Allocation en % du revenu moyen de l'activité lucrative	80 %
– Personnes faisant du service (sans enfant)	max.
– en cas de maternité	196 fr./jour
Nombre de jours indemnisés 2015	
Armée	5'494'928
Service civil, protection civile, J+S, cours pour moniteurs de jeunes tireurs	1'984'483
Jours d'allocations de maternité	6'407'770
Maternité, nombre de bénéficiaires 2015	79'643

augmentation des cotisations qui avait été limitée à cinq ans, il avait enregistré pour cinq années consécutives des excédents de recettes compris entre 97 et 170 millions de francs. Ainsi, le compte de capital du régime des APG a pu augmenter de 664 millions de francs en tout de 2010 à 2015, avant de redescendre de 1076 à 1024 millions de francs en 2016.

Évolution en 2016

Le premier excédent de dépenses enregistré depuis 2010 tient surtout à la nette baisse des cotisations des assurés. Le taux de cotisation, qui avait été relevé de 0,2 point en 2011, passant de 0,30 % à 0,50 %, a été abaissé à 0,45 % début 2016, là aussi pour une durée limitée à cinq ans. S'il était resté inchangé, les recettes de cotisations auraient été plus importantes d'environ 180 millions de francs. Avec cette baisse du taux de cotisation, les recettes de cotisations ont diminué de 8,8 %, alors que les dépenses ont augmenté de 2,5 %. Les dépenses se sont montées à 1746 millions de francs ; elles ont été affectées à hauteur de 95,4 % à des indemnités journalières. Le capital du régime des APG, qui s'était accru de 11,1 % en 2015, a diminué de 4,8 % en 2016. Étant donné que les avoirs du fonds de compensation en liquidités et en placements excédaient à nouveau 50 % des dépenses annuelles, le Conseil fédéral a décidé d'abaisser, au 1^{er} janvier 2016, le taux de cotisation des APG de 0,5 % à 0,45 % pour une durée de cinq ans, soit jusqu'à 2020.

2 Recettes, dépenses, résultats et capital des APG de 2000 à 2016, en milliards de francs

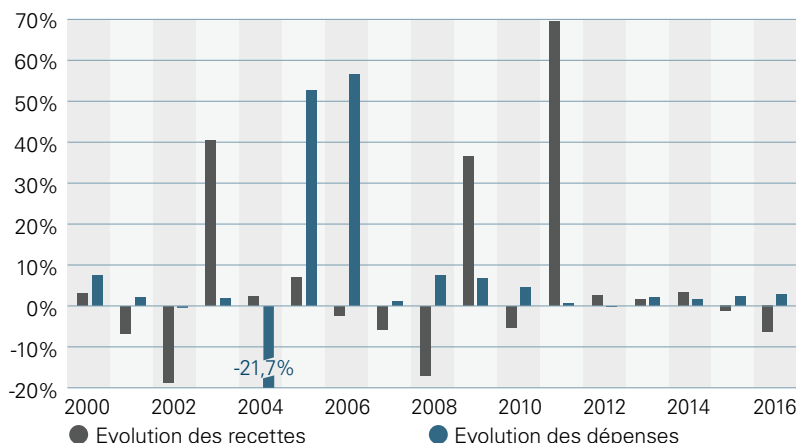


Après l'entrée en vigueur de la révision de la LAPG le 1^{er} juillet 2005 (instauration de l'assurance-maternité et hausse des prestations pour les personnes faisant du service), les comptes du régime des APG ont comme prévu enregistré des déficits et une diminution du capital. Grâce au relèvement temporaire du taux de cotisation, les recettes ont été supérieures aux dépenses de 2011 à 2015. En 2016, pour la première fois depuis 2010, un déficit a été enregistré à nouveau, mais il est relativement modeste. La chute marquée de la courbe du capital en 2003 est imputable à un transfert de capitaux à l'AI.

APG Allocations pour perte de gain

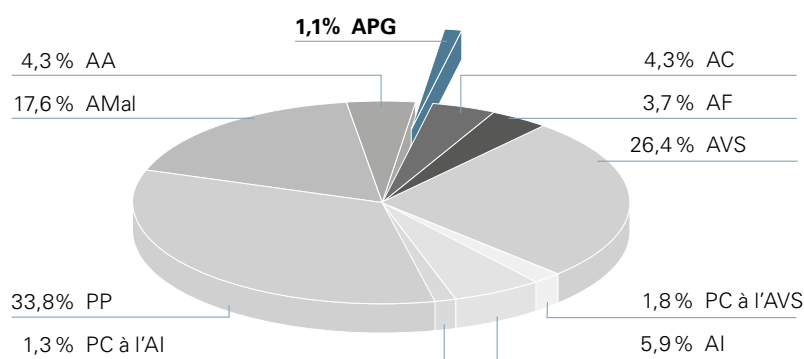
Dernières données disponibles : exercice 2016

3 Evolution des recettes et des dépenses des APG de 2000 à 2016



Le relèvement temporaire du taux de cotisation a eu pour effet que les recettes du régime des APG ont augmenté de près de 70 % en 2011. En 2014, elles ont crû encore de 3,3 %, grâce à l'évolution favorable du marché du travail. En 2015, elles ont baissé à cause d'un net recul du produit des placements. En 2016, elles se sont ressenties de la réduction du taux de cotisation. De 2011 à 2016, les dépenses ont augmenté modérément, de 2,5 % en 2016. En 2012, elles avaient même légèrement baissé.

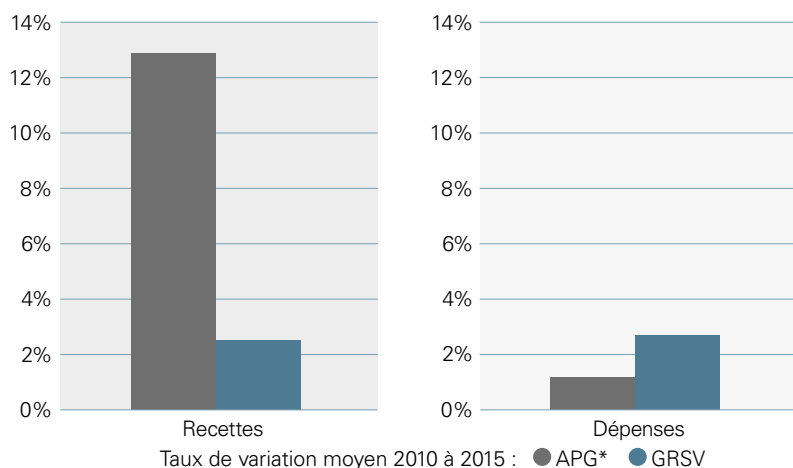
4 Les APG dans le CGAS 2015



Dépenses 2015 : 157,6 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 2015, les dépenses se chiffraient à 1746 millions de francs; elles ont été affectées à hauteur de 95,3 % à des indemnités journalières, dont 50,6 % pour des prestations à des personnes faisant du service et 49,4 % au titre des allocations de maternité (estimation OFAS).

5 Evolution actuelle des APG par rapport à celle du CGAS



Recettes de 2010 à 2015 : Les recettes du régime des APG ont progressé de 12,9 % par année en moyenne. Leur évolution est donc nettement supérieure à celle du CGAS.

Dépenses de 2010 à 2015 : Les dépenses du régime des APG ont augmenté de 1,2 % en moyenne annuelle, contre 2,7 % pour l'ensemble des assurances sociales. Elles ont donc moins progressé que la moyenne du CGAS.

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

Source : SAS 2017 (parution automne 2017), OFAS, et www.ofas.admin.ch

APG Allocations pour perte de gain

Finances

Compte d'exploitation 2016 des APG, en millions de francs

	2016	Variation 2015/2016
Recettes	1'694	-6,5%
Cotisations des assurés et des employeurs	1'658	-8,8%
Produit des placements	35	576,9%
Produit courant du capital	16	7,0%
Variations de valeur du capital	19	184,1%
Dépenses	1'746	2,5%
Prestations en espèces	1'742	2,5%
Émoluments	1'666	2,7%
Créances en restitution, net	-24	-15,1%
Quote-part de cotisations à la charge du régime des APG	101	2,0%
Frais d'administration	3	8,6%
Résultat d'exploitation	-52	-147,8%
Résultat de répartition (hors produit des placements)	-87	-175,5%
Résultat selon le CGAS (hors variation de valeur du capital)	-71	-154,2%
Capital	1'024	-4,8%

Source : SAS 2017 (parution fin 2017), OFAS et www.ofas.admin.ch.

Alors que les dépenses ont doublé avec l'introduction de l'allocation de maternité en juillet 2005, entraînant une diminution des avoirs du Fonds APG, le taux de cotisation a été relevé en 2011 de 0,3 % à 0,5 % du salaire. En 2016, il a été ramené à 0,45 %, pour une période de cinq ans. Il en est résulté un recul de 8,8 % des cotisations des assurés et des employeurs, qui se sont chiffrées à 1658 millions de francs.

Les prestations en espèces, essentiellement les indemnités journalières (armée, protection civile, Jeunesse et Sport, service civil et maternité), ont progressé de 2,5 %, atteignant 1742 millions de francs. Le résultat de répartition (résultat de l'exercice hors produit des placements) a baissé de 175,5 %, passant de 115 millions à -87 millions de francs. Si l'on tient compte du produit des placements (35 millions de francs), le résultat d'exploitation subit une baisse

de 159 millions de francs par rapport à l'année précédente, pour s'établir à -52 millions de francs. Avec ce résultat d'exploitation, le compte de capital s'est amenuisé, passant de 1076 à 1024 millions de francs (-4,8 %). Les liquidités et les placements correspondaient ainsi à 53,0 % des dépenses d'une année, contre 49,7 % l'année précédente.

Réformes

Taux de cotisation

Le 2 septembre 2015, le Conseil fédéral a décidé d'abaisser le taux de cotisation au régime des APG de 0,5 à 0,45 % à partir du 1^{er} janvier 2016. Ce nouveau taux, qui s'applique pour une durée de cinq ans, devrait suffire à maintenir le niveau du fonds

au-dessus du seuil minimal de 50 % des dépenses annuelles. La décision du Conseil fédéral s'inscrit dans la droite ligne des interventions parlementaires déposées sur la question (motion 15.3443 Noser

« Franc fort. Réduire les cotisations APG pour soulager les travailleurs et les employeurs » et interpellation 15.3503 Keller-Sutter « Abaisser les cotisations APG pour soulager les entreprises et les salariés »).

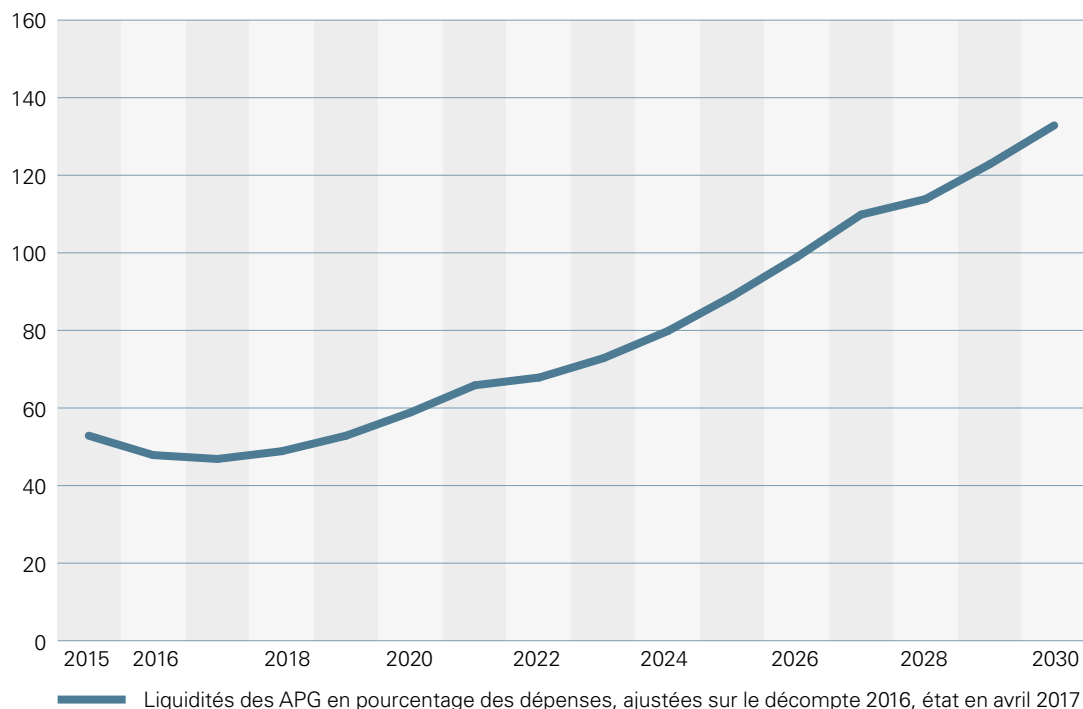
Perspectives

Mise en place d'une procédure électronique pour les demandes d'allocation

Les projets relatifs à l'introduction d'une procédure électronique pour faire valoir le droit aux APG aux personnes faisant du service et aux mères devraient démarrer dans le courant de 2017. D'ici 2025 au plus tard, cette procédure « sans papier » sera mise en place partout. Afin de décharger les organes d'exécution du régime des APG et les employeurs sur le plan administratif jusqu'à la mise

en place de la nouvelle procédure, les formulaires de demande d'allocation devraient être munis d'un code-barres. Celui-ci sera imprimé directement par l'auteur des formulaires (armée, protection civile, service civil, J+S) et contiendra les indications relatives aux jours de service donnant droit aux allocations. Cela permettra aussi de prévenir les abus. Les travaux de mise en œuvre débiteront au cours du 3^e trimestre 2017.

Évolution des liquidités du régime des APG, en % des dépenses (aux prix de 2017)



1 Les chiffres actuels peuvent être consultés sur le site www.ofas.admin.ch → Assurances sociales → APG & Maternité → Finances → « Perspectives financières du régime des APG jusqu'en 2035 »

AC Assurance-chômage

Dernières données disponibles : exercice 2016

1 Chiffres clés actuels de l'AC

L'exercice 2016 s'est soldé pour le Fonds de compensation de l'AC par un total des charges de 7450 millions de francs pour un produit global de 7605 millions de francs, soit un excédent de 156 millions de francs (2015 : 610 millions).

Recettes 2016	7'605 mio de fr.
Dépenses 2016	7'450 mio de fr.
Résultat 2016	156 mio de fr.
Compte de capital 2016	-1'384 mio de fr.

Cotisations 2017	2,20%
Sur les revenus salariaux jusqu'à	148'200 fr./an

Depuis le 1.1.2014, le pour-cent de solidarité est prélevé sur la part du salaire dépassant le montant maximal du gain assuré (126 000 francs et, depuis 2016, 148 200 francs).

Prestations 2017 en % du gain assuré	
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 2016 jusqu'à 12'350 fr./mois

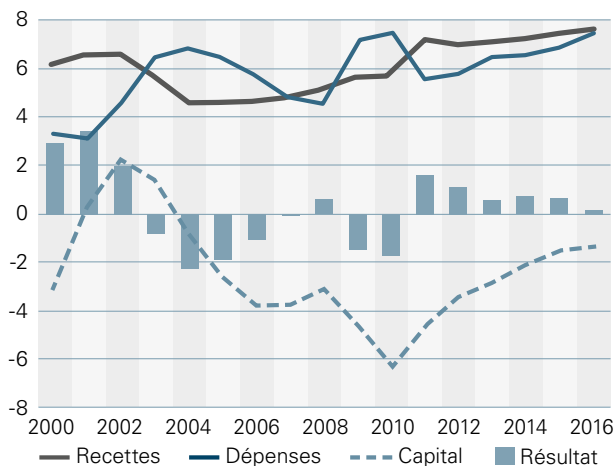
Durée de perception depuis le 1.4.2011	90–640 jours
---	---------------------

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

Évolution en 2016

La croissance du PIB de 1,3 % a permis une stabilisation du taux de chômage à 3,3 %. Cependant, le nombre de chômeurs inscrits, 149 317, est resté supérieur à la moyenne annuelle de l'année précédente (142 810). Pour cette raison, mais aussi suite au relèvement du montant maximal du gain assuré (passé de 126 000 à 148 200 francs), les dépenses dues aux indemnités de chômage ont augmenté de 9,5 % et ont atteint 5305 millions de francs. En tout, les dépenses de l'AC ont crû de 8,4 % et atteint 7450 millions de francs, tandis que les recettes de l'AC ont progressé de 1,6 % et se sont chiffrées à 7605 millions de francs. Le résultat des comptes affiche ainsi une baisse de 74,5 %, à 156 millions de francs. Avec la cotisation de solidarité (1 %), l'intégralité du salaire était déjà soumise à l'obligation de cotiser avant 2016. De ce fait, le relèvement du montant maximal du gain assuré en 2016 a eu moins d'impact sur les recettes que les relèvements précédents. 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. Autrement dit, cette cotisation supplémentaire de 1 % est perçue également sur la part du salaire annuel qui dépasse 148 200 francs (depuis 2016 ; auparavant : 126 000 francs). Cette mesure a eu pour effet, entre autres, que les cotisations ont augmenté de 2,5 % en 2015 et de 2,1 % en 2016.

2 Recettes, dépenses, résultat et capital de l'AC de 2000 à 2016, en milliards de francs

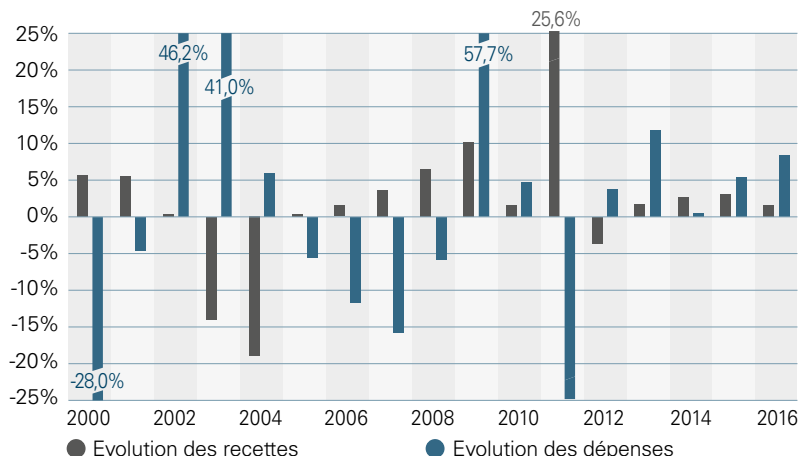


En dépit d'une hausse sensible des dépenses et d'une progression plutôt faible des recettes, l'exercice de l'AC s'est de nouveau achevé en 2016 par un résultat des comptes positif, qui se chiffre à 156 millions de francs. Cela a permis de réduire encore le déficit du Fonds de compensation pour le ramener à -1384 millions de francs. L'évolution cyclique des comptes de l'AC, visible dans le graphique, illustre bien le rôle stabilisateur joué par l'assurance-chômage sur la conjoncture.

AC Assurance-chômage

Dernières données disponibles : exercice 2016

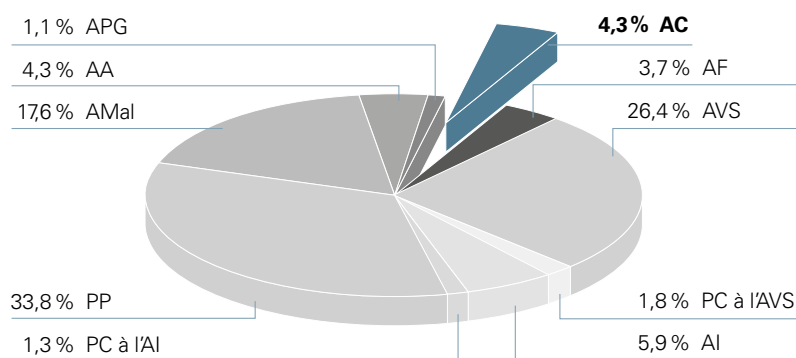
3 Evolution des recettes et des dépenses de l'AC de 2000 à 2015



Les taux de variation des recettes reflètent surtout – outre les effets de l'emploi et de l'évolution générale des salaires – les baisses (2003 et 2004) et les hausses (2011) du taux de cotisation.

En 2010 et surtout en 2011, la croissance économique a induit une nette baisse des dépenses de l'AC. En 2016, la hausse des gains assurés et l'augmentation du taux de chômage ont entraîné une hausse des dépenses de 8,4 %.

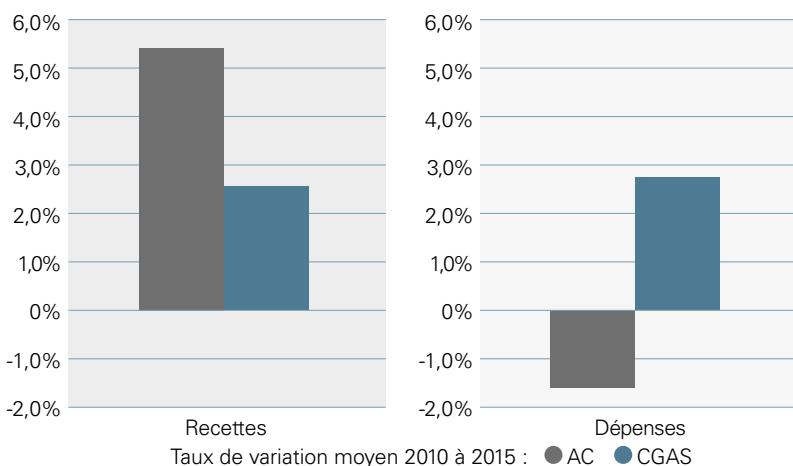
4 L'AC dans le CGAS 2015



Dépenses 2015 : 157,6 mia de fr.

Mesurée à l'aune des dépenses, l'AC vient en cinquième position des assurances sociales, avec 4,3 %. Les dépenses de l'AC sont affectées à raison de 71,2 % aux indemnités de chômage et de 8,7 % aux mesures du marché du travail.

5 Evolution de l'AC par rapport à celle du CGAS



Recettes de 2010 à 2015 : L'augmentation moyenne des recettes de l'AC (5,4 %) est nettement supérieure à celle des recettes du CGAS (2,5 %). Un relèvement du taux de cotisation et l'introduction d'une cotisation de solidarité sur les salaires élevés, en 2011, y ont été pour une bonne part.

Dépenses de 2010 à 2015 : L'évolution moyenne des dépenses de l'AC a été négative (-1,6 %), freinant ainsi la progression des dépenses du CGAS (2,7 %).

Source : SAS 2017 (parution automne 2017), OFAS, et www.ofas.admin.ch

Finances

Résultat des comptes 2016, en millions de francs

	2016	Variation 2015/2016
Total des recettes	7'605,0	1,6%
Cotisations des assurés et des employeurs	6'937,4	2,1%
Contributions des pouvoirs publics	656,6	3,6%
Participation financière de la Confédération	480,5	3,4%
Participation financière des cantons	160,2	3,4%
Participation des cantons aux frais des mesures du marché du travail	15,9	11,7%
Intérêts créanciers	4,8	9,0%
Autres produits	6,2	-87,3%
Total des dépenses	7'449,5	8,4%
Prest. en argent hors cotisations aux assurances sociales	5'729,1	9,4%
Indemnités de chômage ¹	5'304,6	9,5%
Cotisations aux assurances sociales des bénéficiaires d'IC	-423,9	-7,3%
Indemnités en cas de réduction de l'horaire de travail	142,7	48,2%
Indemnités en cas d'intempéries	23,9	-51,7%
Indemnités en cas d'insolvabilité	31,6	3,4%
Mesures du marché du travail	650,1	6,4%
Cotisations aux ass. sociales sur les indemnités de chômage	786,8	6,9%
Cotisations AVS/AI/APG ²	534,1	9,0%
Cotisations ANP ²	206,0	9,5%
Cotisations AP ³	5,7	-3,5%
Cotisations LPP ²	41,1	-20,8%
Indemnités liées aux accords bilatéraux ⁴	211,7	9,2%
Frais d'administration	719,1	2,9%
Intérêts débiteurs	1,4	-40,6%
Autres dépenses	1,4	-70,3%
Résultat	155,5	-74,5%
Capital	-1'383,8	10,1%
Chiffres clés		
Chômeurs inscrits (moyenne annuelle)	149'317	4,6%
Taux de chômage	3,3%	

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 2016 (parution fin 2016), OFAS et www.ofas.admin.ch.

L'exercice 2016 s'est soldé pour le Fonds de compensation de l'AC par des dépenses de 7450 millions de francs et des recettes de 7605 millions de

francs, soit un excédent de 156 millions de francs, en recul de 74,5 %.

Bilan au 31 décembre 2016, en millions de francs

	2016	Variation 2015/16
Actifs	1'702,4	3,8%
Liquidités :	167,4	-17,0%
Placements à court terme de l'organe de compensation	-	-
Disponibilités du Fonds de compensation	68,9	-41,8%
Disponibilités des caisses de chômage	98,5	18,2%
Comptes courants / débiteurs	1'400,3	5,6%
Actifs transitoires	130,4	20,2%
Mobiliers	4,2611	0,9%
Passifs	1'702,4	3,8%
Comptes courants / créanciers	370,3	3,2%
Provisions pour application de l'art. 29 LACI	44,0	13,6%
Provisions pour insolvabilité	89,0	10,5%
Autres provisions à court terme	77,0	-7,1%
Passifs transitoires	5,9	-67,6%
Emprunts de trésorerie auprès de la Confédération	2'500,0	-3,8%
Capital propre	-1'383,8	10,1%

Grâce à un résultat 2016 néanmoins positif, l'emprunt de trésorerie auprès de la Confédération a encore pu être réduit de 100 millions de francs,

ramenant ainsi le total des emprunts, fin 2016, à 2500 millions de francs.

AF Allocations familiales

Dernières données disponibles : exercice 2015 ; estimation OFAS

1 Chiffres clés actuels des AF

Recettes 2015	5'938 mio de fr.
Dépenses 2015	5'908 mio de fr.
Prestations sociales 2015	5'756 mio de fr.

Ces chiffres correspondent au total de toutes les AF (au titre de la LAFam, LFA, LACI et de la LAI)

Nombre d'allocations pour enfant ou de formation professionnelle	2015
Au titre de la LAFam	1'750'409
Au titre de la LFA	46'300
Montants cantonaux des allocations pour enfant (par mois)	2017
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, AG, TI	200 fr.
Allocations pour enfant dans l'agriculture	2017
Mêmes mont. que ceux prescrits par la LAFam. Ces mont. sont majorés de 20 francs dans les régions de montagne	
Taux de cotisations des CAF cantonales (en % du salaire soumis à l'AVS)	2017
Employeurs	1,20%–2,84%
Indépendants	0,50%–2,80%

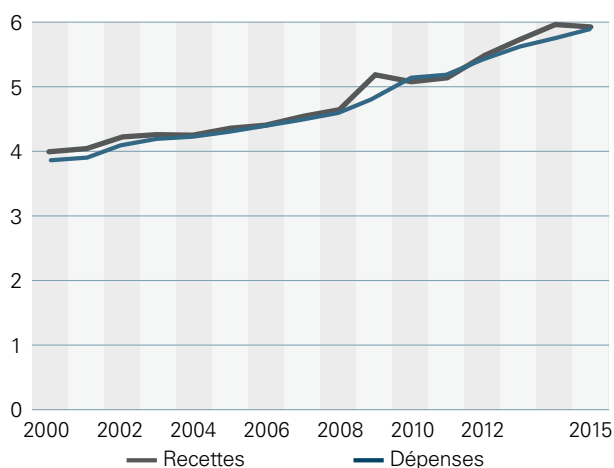
Depuis l'entrée en vigueur de la loi fédérale sur les allocations familiales (LAFam) en 2009, les recettes de l'ensemble des AF ont augmenté de 0,8 milliard de francs, et les dépenses, de 1,1 milliard.

Évolution en 2015

Les recettes des AF ont atteint 5,9 milliards de francs en 2015. Leur évolution est déterminée par les taux de cotisation des caisses de compensation pour allocations familiales (CAF). Les employeurs financent les allocations familiales en versant aux CAF des cotisations prélevées sur les salaires soumis à l'AVS qu'ils versent ; quant aux indépendants, ils versent des cotisations sur leur revenu soumis à l'AVS. Dans le canton du Valais, les salariés doivent eux aussi participer au financement. Le taux de cotisation varie selon les cantons et les CAF. Le taux de cotisation pondéré moyen des employeurs se situait en 2015 à 1,60 % (2014 : 1,62 %).

Les dépenses des AF ont atteint 5,9 milliards de francs en 2015. Les prestations versées, se montant à 5,8 milliards de francs, en représentaient 97,4 %. La somme des prestations versées est déterminée par le nombre d'enfants et de jeunes donnant droit aux allocations et par le montant de celles-ci. En 2015, 1,8 million d'allocations (pour enfant ou de formation professionnelle) ont été versées en tout au titre de la LAFam, et 46 300 au titre de la loi fédérale sur les allocations familiales dans l'agriculture (LFA).

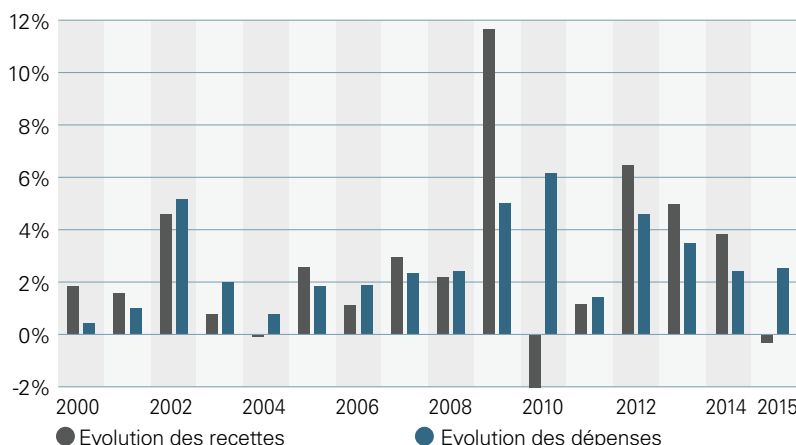
2 Recettes et dépenses des AF de 2000 à 2015, en milliards de francs



L'évolution 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 2015, les taux de cotisation ont baissé, entraînant un léger recul des recettes (-0,3 %) malgré la hausse des salaires. Quant aux dépenses, elles ont augmenté de 2,6 %. Le nombre d'allocations octroyées a augmenté de 0,9 % et, dans les cantons de SZ et de NE, leur montant a été relevé.

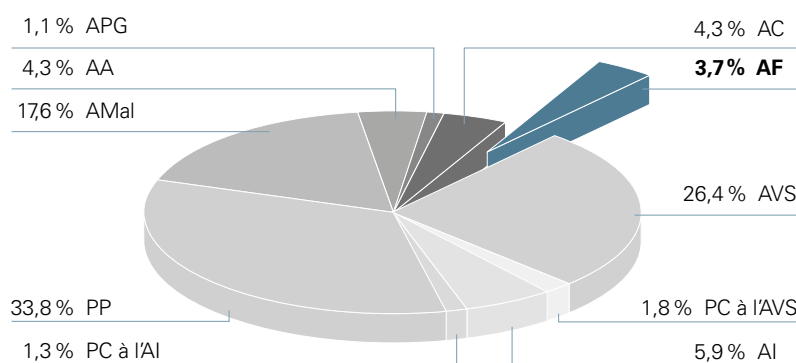
Dernières données disponibles : exercice 2015 ; estimation OFAS

3 Evolution des recettes et des dépenses des AF de 2000 à 2015



Les recettes ont diminué en 2015, alors qu'elles avaient augmenté davantage que les dépenses de 2012 à 2014. Ce recul, de 0,3 %, est dû notamment à une baisse des taux de cotisation. La progression des dépenses en 2015 (2,6 %) est due à l'augmentation du nombre d'allocations versées ainsi qu'au relèvement du montant des allocations.

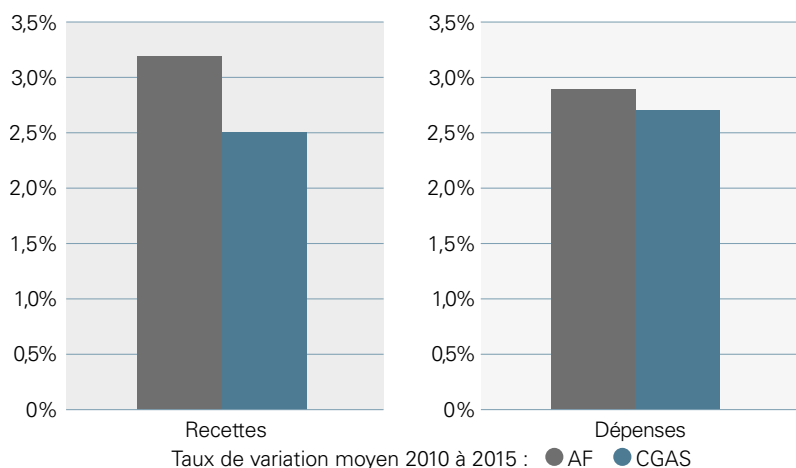
4 Les AF dans le CGAS 2015



Dépenses 2015 : 157,6 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 3,7 %. Leurs dépenses ont été affectées à des prestations d'assurance à raison de 97,4 %, dont 46,2 % pour les prestations octroyées par les caisses de compensation cantonales.

5 Evolution de l'AF par rapport à celle du CGAS



Recettes de 2010 à 2015 : Le taux de croissance moyen des recettes des AF (3,2 %) a été nettement supérieur à celui des recettes du CGAS (2,5 %). Son évolution dépend des taux de cotisation et des revenus.

Dépenses de 2010 à 2015 : Le taux d'accroissement des dépenses des AF (2,9 %) a été légèrement supérieur à celui des dépenses du CGAS (2,7 %). Les dépenses des AF sont liées au nombre d'enfants et de jeunes donnant droit aux allocations ainsi qu'au montant de celles-ci.

Source : SAS 2017 (parution automne 2017), OFAS, et www.ofas.admin.ch

AF Allocations familiales

Allocations familiales en vertu de la LAFam

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 p. 85).

Statistique des caisses de compensation pour allocations familiales, 2015, en millions de francs

Postes du compte	Dépenses	Recettes
Cotisations des employeurs ¹		5'343
Cotisations des indépendants ²		212
Cotisations des personnes sans activité lucrative ³		7
Contributions des cantons ³		110
Recettes de la compensation des charges au niveau cantonal ⁴		147
Dissolution de réserves de fluctuation		40
Autres recettes		79
Allocations familiales	5'572	
Autres prestations ⁵	51	
Versements à la compensation des charges au niveau cantonal	155	
Constitution de réserves de fluctuation	29	
Frais d'administration et de gestion	151	
Autres dépenses	51	
Résultat annuel	-69	
Total	5'939	5'939

1 Les allocations familiales versées aux salariés sont en principe financées par les employeurs, qui paient des cotisations sur les salaires soumis à l'AVS. C'est uniquement dans le canton du Valais que les salariés doivent également 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 148 200 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), 2015

Type d'allocation	Versées aux salariés	Versées aux indépendants	Versées aux personnes sans activité lucrative	Total	Pourcentage
Allocations pour enfant	1'268'500	34'800	22'300	1'325'600	74,6%
Allocations de formation professionnelle	405'000	14'200	5'600	424'800	23,9%
Allocations de naissance et d'adoption	25'500	600	1'000	27'100	1,5%
Total	1'699'000	49'500	29'000	1'777'500	100,0%
Pourcentage	95,6%	2,8%	1,6%	100%	

Somme des allocations familiales (y c. allocations différentielles), 2015, en millions de francs

Type d'allocation	Versées aux salariés	Versées aux indépendants	Versées aux personnes sans activité lucrative	Total	Pourcentage
Allocations pour enfant	3'712,9	110,6	84,7	3'908,3	70,3%
Allocations de formation professionnelle	1'531,7	58,9	30,3	1'620,9	29,0%
Allocations de naissance et d'adoption	39,5	1,0	2,1	42,6	0,7%
Total	5'284,1	170,6	117,1	5'571,8	100,0%
Pourcentage	94,8%	3,1%	2,1%	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-

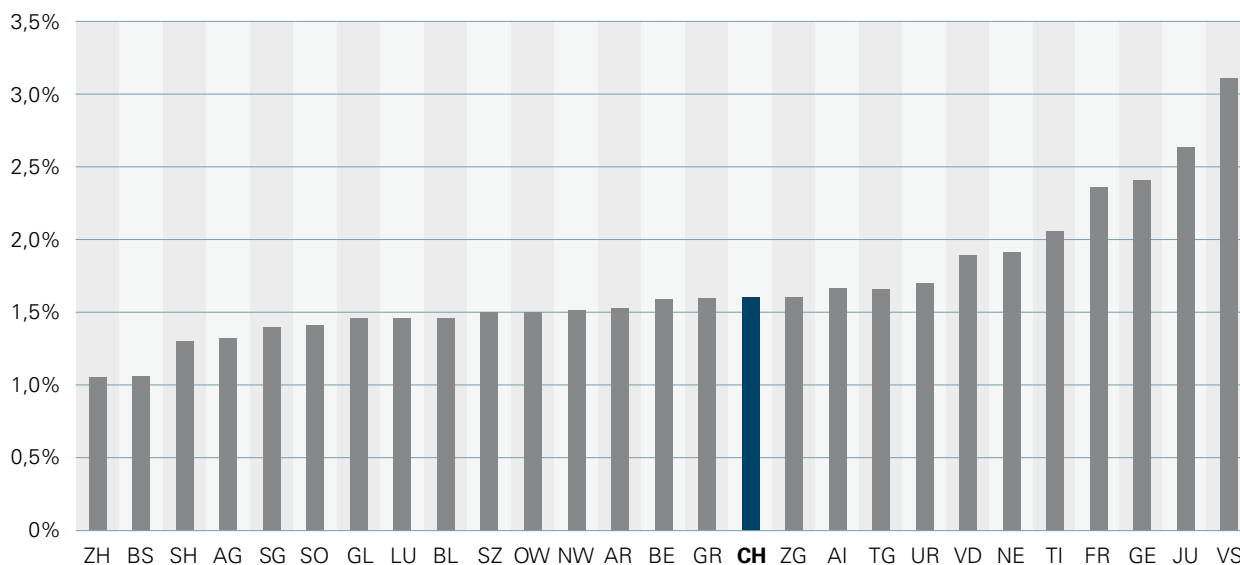
cations de naissance et d'adoption. Treize cantons ont fait usage de la compétence de fixer des montants plus élevés, et neuf accordent des allocations de naissance et/ou d'adoption.

Nombre de bénéficiaires d'allocations familiales, 2015

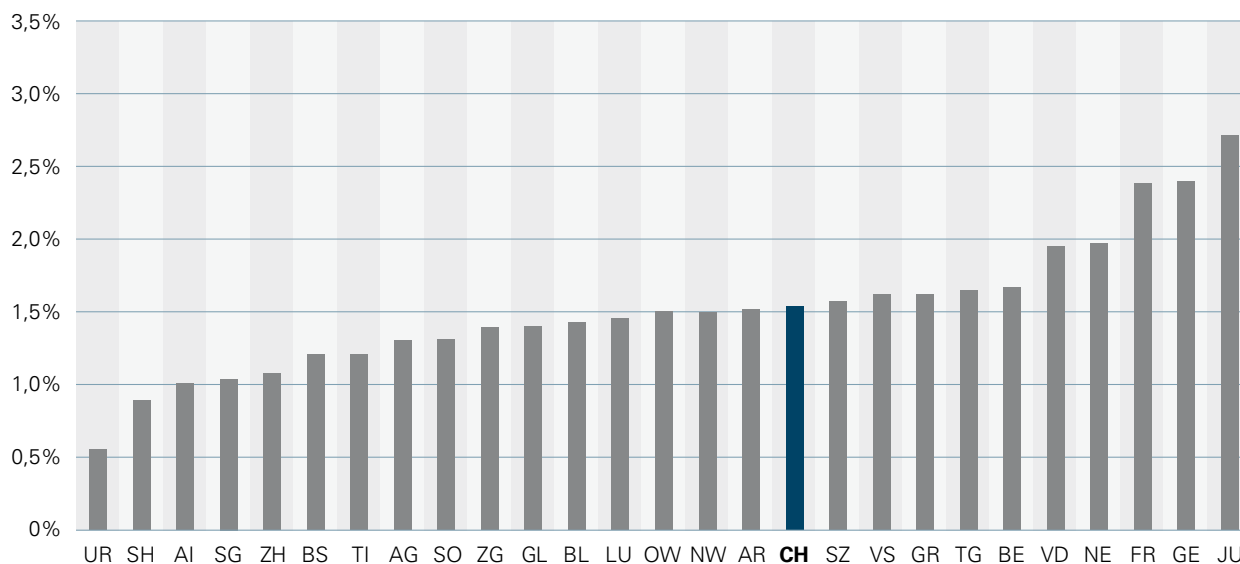
	Salariés	Indépendants	Personnes sans activité lucrative	Total
Nombre	984'700	28'900	17'700	1'031'200
Pourcentage	95,5%	2,8%	1,7%	100,0%

AF Allocations familiales

Taux pondérés de cotisation des employeurs, par canton, en 2015



Taux pondérés de cotisation des indépendants, par canton, en 2015



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 1,05 et 3,10 %. Le taux pondéré moyen pour la Suisse est de 1,60 %.

Les taux pondérés de cotisation des indépendants, qui sont calculés de manière analogue à ceux des employeurs, varient selon les cantons entre 0,55 % et 2,71 %. Le taux pondéré moyen pour la Suisse se situe à 1,53 %.

¹ Le taux pondéré de cotisation est le taux théorique obtenu si tous les employeurs ou tous les indépendants 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 majoritairement financées par les pouvoirs publics.

Compte d'exploitation LFA, 2016, en millions de francs

Postes du compte	Dépenses	Recettes	Variation 2015/2016
Cotisations des employeurs		19	+3%
Contributions des pouvoirs publics			
– Confédération $\frac{2}{3}$		62 ¹	-6%
– Cantons $\frac{1}{3}$		29	-7%
Prestations en espèce	108		-5%
Frais d'administration	2		-1%
Total	110	110	-5%

¹ Y compris les intérêts du fonds destinés à réduire la part des cantons.

La statistique des caisses de compensation donne un aperçu détaillé de cette évolution :

Allocations familiales, de 2012 à 2016, ensemble des bénéficiaires

Année	Nombre de bénéficiaires		Coût (en mio de fr.)	
	Agriculteurs ¹	Salariés	Total	Confédération
2012	17'485	6'571	138	83
2013	15'843	7'630	129	76
2014	14'799	7'550	121	70
2015	14'033	7'884	115	66
2016	13'356	7'874	110	62

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 selon la LFA de 2012 à 2016, 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
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
2015	7'450	17'912	43	6'324	16'768	37
2016	7'070	15'642	41	6'021	14'191	36

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

Allocations familiales selon la LFA, de 2012 à 2016, 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	
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
2015	7'884	6'177	7'591	11'016	5'870	28
2016	7'874	6'147	7'753	10'826	5'611	27

Réformes / Perspectives

« Limite d'âge pour les allocations de formation et prestations familiales des organisations internationales », rapport du Conseil fédéral en réponse aux postulats 12.3973 de la CSSS-N du 12 octobre 2012 et 14.3797 Maury Pasquier du 24 septembre 2014

Le Conseil fédéral a été amené par deux postulats à réexaminer la législation concernant les allocations familiales. Il a adopté le rapport relatif à ces questions à l'occasion de sa séance du 15 février 2017. Le postulat 12.3973 de la CSSS-N chargeait le Conseil fédéral d'examiner l'opportunité de relever la *limite d'âge de 25 ans* actuellement en vigueur pour les allocations de formation professionnelle. Le rapport conclut qu'un relèvement ne conduirait pas au but visé. L'étude montre que celui-ci ferait bénéficier de nombreux étudiants d'une allocation de formation sans qu'ils en aient vraiment besoin. Il en résulterait aussi une augmentation considérable du volume des prestations à exporter pour des jeunes en formation dans des États de l'UE ou de l'AELE, car la limite d'âge de 25 ans en vigueur en Suisse est l'une des plus élevées en comparaison internationale. Par ailleurs, la limite d'âge en vigueur est coordonnée dans le droit suisse des assurances sociales. Elle s'applique par exemple aussi aux rentes d'orphelin et aux rentes pour enfant de l'AVS.

Le postulat 14.3797 de la conseillère aux États Maury Pasquier chargeait le Conseil fédéral d'examiner s'il serait possible d'empêcher à l'avenir que des allocations familiales en vertu de la LAFam et

des prestations familiales d'organisations internationales soient perçues simultanément pour le même enfant. Le rapport conclut que la perception simultanée des deux types de prestations ne constitue pas une double perception inadmissible. Les prestations familiales des organisations internationales constituent des prestations volontaires de l'employeur, similaires à celles qu'accordent aussi des employeurs suisses. Une comparaison internationale montre par ailleurs que d'autres pays traitent de la même manière que la Suisse le paiement d'allocations familiales étatiques à des partenaires actifs de fonctionnaires internationaux.

Interventions parlementaires

Étant 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. Les mères au chômage bénéficiaires de l'allocation de maternité et qui élèvent seules leur enfant n'ont pas droit aux allocations familiales. Par sa motion 13.3650 « Universalité des allocations familiales. Aussi pour les mères bénéficiaires d'APG maternité durant leur droit au chômage », la conseillère aux États Anne Seydoux-Christe charge le Conseil fédéral d'adapter la législation afin que ces femmes puissent aussi percevoir des allocations familiales en même temps qu'elles touchent une allocation de maternité. Le Conseil fédéral prépare un projet en ce sens qu'il mettra en consultation.

Evolution et mesures touchant l'ensemble du système

Aides financières à des organisations de l'aide privée aux personnes âgées ou handicapées

L'OFAS accorde à des organisations de l'aide privée aux personnes âgées ou handicapées des aides financières prélevées sur les fonds de compensation de l'AVS et de l'AI. Les bases légales respectives sont l'art. 101^{bis} de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS ; RS 831.10) et les art. 74 et 75 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI ; RS 831.20).

Organisations de l'aide privée aux personnes âgées

Afin de permettre aux personnes âgées de rester le plus longtemps possible à domicile, la 9^e révision de l'AVS (1979) a posé à l'art. 101^{bis} LAVS les bases des subventions de l'AVS pour l'encouragement de l'aide à la vieillesse. Actuellement, huit organisations privées reconnues d'utilité publique et actives à l'échelle nationale sont subventionnées par le biais d'un contrat de prestations¹. Sur les moyens alloués, qui atteignaient 70,9 millions de francs en 2016, 11,7 millions concernaient des tâches de coordination et de développement au niveau national. Ces organisations nationales assument à ce titre les tâches relevant d'une association faitière, encouragent la collaboration et les échanges entre organisations cantonales, fournissent des renseignements spécifiques aux acteurs de terrain, aux milieux politiques et aux médias, et favorisent l'assurance qualité et le développement des prestations de soutien pour l'aide à la vieillesse. Ces tâches ne sont pas quantifiables séparément et font l'objet d'un forfait. Les 59,2 millions de francs restants bénéficient directement à des personnes âgées. Il s'agit là de prestations quantifiables telles

1 Le terme de contrat de prestations est emprunté au vocabulaire de la nouvelle gestion publique et se retrouve tel quel dans la base légale (art. 101^{bis}, al. 2, LAVS). Il s'agit néanmoins de contrats de subventions (comme pour l'AI) ou de contrats portant sur l'octroi d'aides financières au sens de l'art. 3, al. 1, de la loi sur les subventions (LSu).

que conseil, assistance, occupation et cours pour personnes âgées donnés sur place. Les subventions destinées à ces prestations sont transmises aux sections cantonales. Les principaux prestataires sont ici Pro Senectute et la Croix-Rouge suisse (CRS). L'Association Alzheimer Suisse et l'Association suisse des services d'aide et de soins à domicile transmettent elles aussi une partie des aides financières accordées.

En vertu de l'art. 222, al. 3, RAVS, une somme déterminée est prélevée sur le Fonds AVS et créditée à l'AI au titre de participation aux prestations que les organisations de l'aide privée aux invalides fournissent au moyen de subventions visées à l'art. 74 LAI à des personnes qui n'ont été atteintes dans leur santé qu'après avoir atteint l'âge ordinaire de la retraite. En 2016, cette participation s'est élevée à 17,4 millions de francs. Le montant est calculé conformément aux dispositions de l'art. 108^{quater} RA².

Organisations de l'aide privée aux personnes handicapées

Des aides financières pour des prestations d'intégration sociale (conseil social, cours, accompagnement à domicile, encouragement et soutien à la réadaptation de personnes au bénéfice d'une mesure de l'AI) sont octroyées à des organisations de l'aide privée aux personnes handicapées sur la base de l'art. 74 LAI et de contrats de subventions d'une durée de quatre ans. De tels contrats ont été conclus

2 La nouvelle clé de répartition pour l'imputation des subventions visées à l'art. 101^{bis} LAVS sur la base de la période 2011-2014 indique que la part annuelle due en vertu de l'art. 101^{bis} n'est plus de 23 millions mais de 17,4 millions de francs. En conséquence, un montant de 22 millions de francs est crédité au Fonds AVS pour la période de 2011 à 2014. Pour cette raison, aucune imputation à la charge du Fonds AVS n'a eu lieu pour 2015. Il s'ensuit que les subventions à des organisations sont plus élevées dans les comptes d'exploitation 2015 de l'AI et moins élevées dans ceux de l'AVS que pour l'année précédente. Le solde à compenser dans les comptes 2016 était de 4,5 millions de francs.

avec une soixantaine d'organisations faïtières pour la période de 2015 à 2018. Ces organisations ont conclu à leur tour quelque 600 sous-contrats avec des organisations cantonales ou régionales de l'aide privée aux personnes handicapées. En 2016, les subventions de l'AI/AVS ont atteint 153,3 millions de francs, dont 17,4 millions ont été imputés au Fonds AVS pour des prestations à des personnes en âge AVS atteintes dans leur santé (hors celles bénéficiant d'une garantie des droits acquis dans l'AI)³ sur la base du relevé des prestations effectué par les organisations faïtières.

Le volume des contrats est constant et ne peut être modifié que sur décision du Conseil fédéral (art. 75 LAI). L'Office fédéral des assurances sociales opti-

mise les subventions dans le cadre des contrôles réguliers effectués sur les contrats en cours ainsi que pour les nouvelles périodes contractuelles eu égard aux nouvelles dispositions contractuelles.

Les données relatives aux prestations fournies en 2016 ne seront disponibles que le 30 juin 2017. Les tableaux ci-dessous indiquent les prestations cofinancées pour 2015.

Des prestations ayant pour objet de soutenir et promouvoir la réadaptation des handicapés (PROSPREH) ont en outre été fournies pour un total de 484 000 heures. Elles comprennent relations publiques, bibliothèque pour aveugles, travail de fond et encouragement de l'entraide.

Dépenses selon le compte d'exploitation 2016 de l'AVS

Bénéficiaires	Subventions pour des tâches de coordination et de développement au niveau national	Subventions pour des prestations fournies sur place	Total
Total des subventions aux organisations d'aide à la vieillesse selon le compte d'exploitation 2015 de l'AVS	11'691'012	59'215'548	70'906'560
Prestations de l'aide privée aux personnes handicapées à la charge de l'AVS			17'425'448

Subventions aux organisations de l'aide privée aux personnes handicapées pour des cours, 2015

	Nombre de cours	Nombre de participants	Journées de participation LAI	Heures de participation LAI	Journées de participation LAVS	Heures de participation LAVS
Cours en bloc ¹	1'698	20'843	108'027		4'648	
Cours d'un semestre/d'une année	7'171	80'796		794'161		320'280
Cours d'un jour ²	3'048	54'576	57'352			

1 Avec hébergement

2 À partir de 2015, aucune donnée sur les participants n'a été recueillie.

3 Les personnes bénéficiant d'une mesure de l'AI qui ont atteint l'âge de la retraite AVS sont comptabilisées dans le Fonds AI.

Evolution et mesures touchant l'ensemble du système

Subventions aux organisations de l'aide privée aux personnes handicapées pour le conseil et l'aide, 2015

Prestation	Nombre de personnes LAI	Nombre d'heures LAI	Nombre de personnes LAVS	Nombre d'heures LAVS
Conseil social et aide aux personnes handicapées	67'317	659'071	13'888	98'645
Conseil aux proches et aux personnes de référence	14'898	26'027	1'283	2'917
Conseil en matière de construction	704	9'749	199	2335
Conseil juridique	4'124	25'486	64	634
Aide aux personnes handicapées dans des lieux d'accueil	75'195	44'916	1'579	1'025
Mise en relation avec des services spécialisés dans le conseil et l'interprétariat	13'050 ¹	62'321	9'975	3'456
Accompagnement à domicile	1'723	123'495	26	2'205

1 Suite à une erreur de saisie, estimation sur la base de l'année précédente

Recours contre le tiers responsable

Produit des actions récursoires, de 2011 à 2016, en millions de francs

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Assureurs-accidents	323,3	309	*	*	*	*
dont Suva	213	199	187,7	180,8	138	194
AVS/AI	96,4	85,3	76,2	69,6	62,8	69,9

* Chiffre non encore disponible

Le recul général du produit des actions récursoires tient à la baisse constante, 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 bénéficiaires 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 réduit dans les mêmes proportions les années suivantes : en 2015, il n'était plus que de 826 (statistique AI 2015, partie tableaux). La diminution du nombre de nouvelles rentes AI consécutives à un accident entraîne une baisse des recettes du recours AVS/AI.

À l'instar de l'AI, l'assurance-accidents au sens de la LAA voit le produit des actions récursoires reculer sous l'effet de la baisse du nombre de nouvelles rentes d'invalidité. En 2004, les assureurs ont octroyé 3937 nouvelles rentes d'invalidité, comme l'in-

dique la statistique de l'assurance-accidents LAA 2016. En 2014, ce nombre n'était plus que de 1923 (statistique de l'assurance-accidents LAA 2016) Le nombre de nouvelles rentes d'invalidité octroyées a donc diminué de 50 % en dix ans (2004-2014). De nombreux indicateurs donnent à penser que le produit des actions récursoires continuera de baisser d'année en année, mais plus autant que de 2007 à 2013. Il se situe actuellement au niveau du début des années 90. C'est vers le milieu des années 90 que le produit des actions récursoires a commencé à augmenter de manière générale suite à l'arrêt du Tribunal fédéral relatif aux cas de « coup du lapin », qui a facilité l'accès à des rentes d'invalidité. Sous l'effet de la 5^e révision de l'AI et de la jurisprudence plus restrictive du Tribunal fédéral (lien de causalité) dans des arrêts de 2004, 2008 et 2010, le nombre de nouvelles rentes octroyées dans des cas de ce type a diminué de façon significative.

Evolution et mesures touchant l'ensemble du système

Relations internationales

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

	2016	Variation 2015/2016
Montant total des rentes AVS/AI¹	4'830	1,8%
Rentes AVS ²	4'361	2,9%
Rentes AI ³	417	-8,1%
Indemnités forfaitaires uniques	34	-1,2%
Transferts de cotisations	18	-9,5%

1 Source : Annuaire statistique 2016, pp. 47 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 4,9 milliards de francs. Ce montant correspond à 10,7 % 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 principalement 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}	2016	Variation 2015/2016
Nombre de rentes AVS³	753'047	2,4%
dont ressortissants de l'UE-27 ou de l'AELE	719'949	2,4%
dont de nationalité italienne (la majeure partie)	289'519	2,0%
Nombre d'ayants droit à des prestations de l'AI⁴	36'936	-5,1%
dont ressortissants de l'UE-27 ou de l'AELE	31'416	-5,0%
dont de nationalité portugaise (la majeure partie)	7'602	-1,9%

1 Source : Annuaire statistique 2016, p. 37, 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 Etat

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

4 Rentes principales AI

Près de 769 000 ressortissants d'Etats contractants touchent des prestations de l'AVS à l'étranger ; dans le domaine de l'AI, ils sont 35 000. La plupart des bénéficiaires vivent dans un Etat membre de

l'UE-27 ou de l'AELE ; les ressortissants italiens sont particulièrement nombreux à toucher des prestations de l'AVS et les ressortissants portugais, à toucher des prestations de l'AI.

Autres prestations en lien avec l'étranger¹

	2016	Variation 2015/2016
Prestations AVS/AI versées à des ressortissants suisses à l'étranger		
Montant total, en millions de francs	1'747	2,4%
AVS/AI : Personnes à l'étranger assurées facultativement		
Nombre d'assurés	13'819	-3,4%
Remboursement de cotisations à des ressortissants d'Etats non contractants		
Nombre de cas	2'696	-18,7%
Montant total, en millions de francs	43	-11,5%

¹ Source : Annuaire statistique 2015, pp. 30, 38 et 49, 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 en principe 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'ALCP et de la Convention AELE, la Suisse participe à l'entraide en matière de prestations dans l'assurance-maladie avec les États 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 États 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

2016, ces coûts ont atteint 178 millions de francs (aucune variation par rapport à 2015 ; les chiffres entre parenthèses indiquent toujours la variation par rapport à l'année précédente), pour un total de 194 002 cas (+4,7 %). Dans l'autre sens, elle réclame aux assureurs suisses compétents les coûts des prestations fournies dans les États 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 180 112 cas (-2,6 %), pour un montant total de 108 millions de francs (+16,2 %).

Evolution et mesures touchant l'ensemble du système

Conventions bilatérales

Croatie : la Croatie est membre de l'UE depuis le 1^{er} juillet 2013. Toutefois, en raison du résultat du scrutin sur l'initiative « Contre l'immigration de masse » du 9 février 2014, l'extension de l'ALCP à la Croatie a été suspendue dans un premier temps. L'approbation par le Parlement suisse de la loi d'application aux dispositions constitutionnelles sur l'immigration a ouvert la voie à l'extension de la libre circulation des personnes à cet État. Le Conseil fédéral a ratifié le protocole correspondant le 16 décembre 2016. Depuis son entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017, ce sont les dispositions de l'annexe II de l'ALCP qui s'appliquent dans le domaine des assurances sociales. La coordination repose donc maintenant, dans les relations avec la Croatie, sur les règlements de l'UE déterminants.

Brexit : le 27 mars 2017, le gouvernement britannique a annoncé à l'UE le déclenchement de la procédure de sortie de l'UE. Le Royaume-Uni dispose à partir de cette date de deux ans pour négocier sa sortie avec l'UE. La Suisse entend garantir les droits et les obligations réciproques qui la lient au Royaume-Uni au-delà de la date à laquelle ce dernier quittera l'UE (stratégie « Mind the gap » du Conseil fédéral). Il s'agit de convenir du régime qui succédera à l'actuelle annexe II de l'ALCP, en tenant compte des intérêts des assurés concernés. Il n'y a pas lieu de craindre une perte sur la valeur des expectatives de rente. L'Accord sur la libre circulation des personnes prévoit explicitement qu'en cas de résiliation ou de non-prolongation les droits acquis des personnes concernées ne sont pas remis en question.

Chine : la convention de sécurité sociale signée le 30 septembre 2015 avec la Chine est entrée en vigueur le 19 juin 2017. Elle porte sur les domaines de l'AVS et de l'AI et règlemente en particulier l'assujettissement en cas de détachement. Elle prévoit aussi la possibilité de demander le remboursement des cotisations.

Argentine : les négociations en vue de la conclusion d'un accord devraient s'achever en 2017.

Tunisie : les négociations en vue de la conclusion d'un accord s'achèveront en 2017. L'accord sera signé cette année encore ou au cours du premier semestre 2018.

Brésil : la convention de sécurité sociale avec le Brésil a été signée le 3 avril 2014. Le Parlement suisse l'a approuvée en juin 2015. Le Parlement brésilien ne l'a pas encore fait.

Kosovo : le Conseil fédéral avait décidé que la convention de sécurité sociale conclue avec l'ex-Yougoslavie ne s'appliquerait plus pour le Kosovo à partir du 1^{er} avril 2010. Le 16 novembre 2016, le Conseil fédéral a donné mandat au Département fédéral de l'intérieur d'entamer des négociations avec le Kosovo en vue de la conclusion d'une convention de sécurité sociale. Les négociations sont en cours.

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 assurance-accidents). L'OFAG et le SEM réalisent, dans le domaine de la sécurité sociale, des recherches sur des catégories de personnes spécifiques et l'OFL analyse, entre autres, l'utilisation des avoirs de prévoyance pour financer l'acquisition d'un logement. Enfin, l'OFS récolte de nombreuses données sur la sécurité sociale et les prépare pour ses propres analyses ou pour d'autres. La mise en œuvre du plan directeur de recherche 2017-2020¹ est pilotée par l'OFAS, en collaboration avec ces offices fédéraux.

Les tâches de la recherche à l'OFAS

Les activités de recherche et d'évaluation menées au sein de l'OFAS appuient les instances politiques et l'administration dans l'exécution de leurs tâches. Les projets sont tournés vers la pratique, souvent interdisciplinaires et appelés à apporter rapidement des réponses aux questions d'actualité, mais aussi à créer des bases durables pour relever les défis sociétaux et sociaux. Ils vont 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 et touchant par exemple l'enfance, la jeunesse et les relations intergénérationnelles, en passant par l'élaboration des bases nécessaires à des modifications législatives et par l'évaluation des effets ou de l'atteinte des objec-

tifs de projets et programmes. En 2016, 42 projets de recherche et d'évaluation sur l'AVS, la PP, l'AI et les questions de la famille et de la jeunesse ont pu être comptabilisés, auxquels s'ajoute le programme national de prévention et de lutte contre la pauvreté.

Sélection de projets de recherche et d'évaluation de l'OFAS ayant fait l'objet d'une publication en 2016

L'étude « **Écart de rentes en Suisse. Différences entre les rentes de vieillesse des femmes et des hommes** » parvient à des résultats similaires à ceux observés dans des études réalisées dans d'autres pays européens. En moyenne, les rentes des femmes sont inférieures de 37 % à celles des hommes, soit près de 20 000 francs par année. L'écart relevé en Suisse est donc légèrement inférieur à l'écart moyen mesuré dans les 27 pays de l'UE, qui s'élève à près de 40 %.

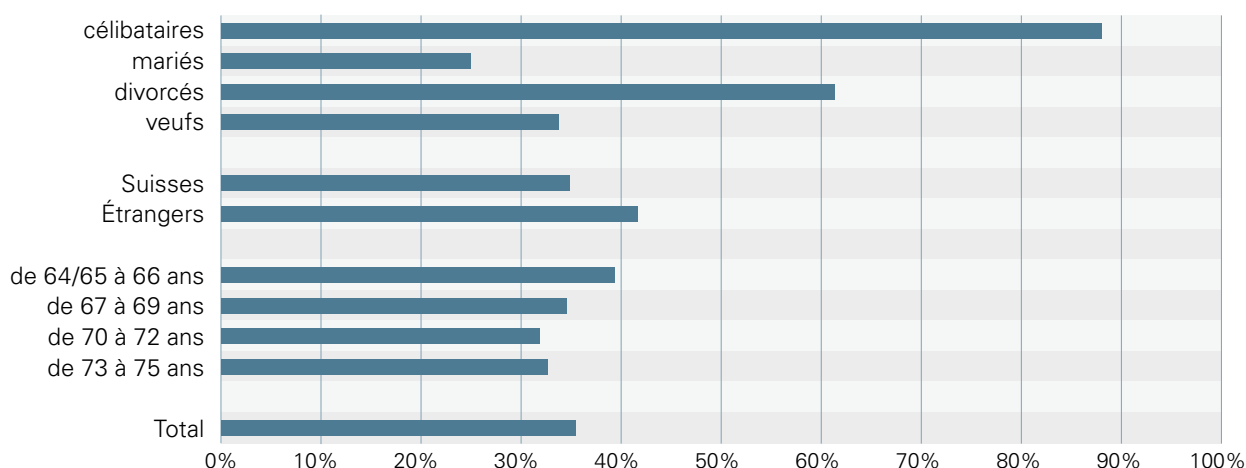
Cette étude, menée pour la première fois en Suisse, a identifié plusieurs facteurs expliquant l'écart entre les rentes des femmes et celles des hommes en Suisse. Si l'écart des rentes de vieillesse AVS de la génération de retraités prise en considération (personnes ayant pris leur retraite entre 2002 et 2012) n'est que de 3 % à peine entre les hommes et les femmes, il est en revanche de plus de 60 % dans la prévoyance professionnelle, ce qui reflète la répartition des rôles dans le couple et les familles des générations de rentiers étudiés. Des analyses plus poussées ont montré que cet écart est fonction de la position des femmes sur le marché du travail, elle-même étroitement liée à la répartition des tâches vécue au sein des couples, et de la conception de l'AVS et de la prévoyance professionnelle. Cette répartition traditionnelle des rôles, où l'homme subvient aux besoins matériels de la famille tandis que la femme s'occupe du ménage et des enfants et participe peu, voire pas du tout au marché du travail,

¹ Le plan directeur de recherche 2017-2020 « Sécurité sociale », le rapport annuel 2016 et tous les rapports de recherche publiés sont disponibles sous www.ofas.admin.ch → Publications & services → Recherche et évaluation.

Evolution et mesures touchant l'ensemble du système

Revenu AVS mensuel moyen des femmes

en % de celui des hommes selon les caractères sociodémographiques



Robert Fluder et al. (2016) : Écart de rentes en Suisse. Différences entre les rentes de vieillesse des femmes et des hommes. Office fédéral des assurances sociales (OFAS), Berne, p. 18.

a un impact sur l'écart important des rentes, surtout dans la prévoyance professionnelle. En effet, le montant des rentes de la prévoyance professionnelle dépend de la durée et de l'étendue de l'activité professionnelle exercée tout au long de la carrière professionnelle. En outre, jusqu'en 1995, les femmes pouvaient percevoir leur capital de prévoyance de manière anticipée au moment de leur mariage, ce qui a également eu pour conséquence de réduire les prétentions de vieillesse dans les cohortes étudiées. Dans un tel contexte, c'est naturellement entre les femmes et les hommes mariés que l'étude a relevé l'écart de rentes le plus élevé (47 %). L'écart des rentes des personnes divorcées et des personnes ayant perdu leur conjoint tombe à 28 % et il est presque insignifiant pour les célibataires.

Comment concevoir, mettre en place, évaluer et développer des offres d'encouragement précoce efficaces ? Le guide « **Critères de bonnes pratiques pour l'encouragement précoce** » a pour objectif de répondre à ces questions complexes en recensant des critères de bonnes pratiques et en fournissant une liste de contrôle pour ces offres. Ce guide, qui se veut très pratique, se base sur une étude de la littérature spécialisée qui a été réalisée dans le cadre

du programme national de lutte contre la pauvreté. L'encouragement précoce des enfants socialement défavorisés est un moyen essentiel et efficace de lutte contre la pauvreté. Les enfants obtiennent ainsi nettement plus de chances d'acquiescer une bonne formation scolaire et professionnelle s'ils sont encouragés de façon appropriée dans leur développement et que leur famille bénéficie d'un soutien ciblé. Les chances des enfants de rester en bonne santé et leurs chances d'intégration augmentent si les parents sont soutenus dans leurs tâches éducatives ou si leurs ressources sont renforcées dès le grossesse. Les programmes à domicile devraient être menés sur le long terme par des spécialistes et poursuivre des objectifs clairs et adaptés en fonction de chaque situation afin que les familles soient appuyées de manière adéquate au sein et en dehors du cercle familial. Afin que les enfants puissent se développer dans un univers de jeu et d'apprentissage socialement et matériellement stimulant et être soutenus sur le plan émotionnel, le personnel d'encadrement doit être qualifié et compétent (structure d'accueil de jour, groupe de jeux ou famille de jour). C'est pourquoi le guide s'adresse aux institutions et aux organismes du domaine de l'encouragement précoce.

Extraits du guide : Critère 1 : soutenir les parents

Critère 1 Soutenir les parents au niveau organisationnel		
Les offres d'encouragement précoce aident les parents dans leurs compétences à réfléchir sur leurs tâches (éducatives), à savoir les maîtriser et à les considérer comme des défis positifs. (2) :		
Indicateurs	rempli	pas rempli
Les offres destinées aux familles socialement défavorisées sont conçues de manière à soutenir tant les enfants que les parents.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elles visent surtout à permettre aux parents de réfléchir sur leurs tâches éducatives et de les maîtriser, tout en renforçant leur engagement auprès de leurs enfants.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des offres spécifiques adaptées sont proposées aux familles dans lesquelles les parents ou les enfants souffrent de problèmes de santé physique ou psychique.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les offres destinées aux familles socialement défavorisées sont aménagées compte tenu des idées et des besoins des enfants et des parents ; elles laissent aux professionnels, aux parents et aux enfants des marges décisionnelles adéquates.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Évaluation globale critère 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	rempli	partiellement rempli
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		pas rempli
		<input type="checkbox"/>

Source : Meier Magistretti, C., Walter-Laager, C. et al. (2016) : Guide. Critères de bonnes pratiques pour l'encouragement précoce. Office fédéral des assurances sociales OFAS, p. 22.

Une étude réalisée dans le cadre du troisième programme de recherche sur l'assurance-invalidité analyse les **offres des organisations faitières de l'aide privée aux invalides actives à l'échelle nationale ou dans une région linguistique**. Il s'agissait principalement de déterminer si les activités d'aide et de conseil et l'offre de cours étaient en adéquation avec les besoins des bénéficiaires de prestations AI.

Le projet de recherche a analysé les besoins des assurés et l'usage qu'ils font des prestations dispensées par les organisations. Ses résultats ont été comparés à la palette actuelle d'offres proposées par les organisations faitières. Cette comparaison fournit à l'OFAS les bases scientifiques en matière d'« efficacité allocative »² pour poursuivre le développement et l'optimisation de l'octroi des subventions. Selon l'enquête sur les besoins, on peut estimer que, chaque année, 4 à 13 % des bénéficiaires de prestations AI ont recours à au moins un service à la personne parfois à plusieurs reprises pendant la même année ; ce sont les offres de conseil qui sont le plus souvent utilisées. Les cours et l'aide dans les lieux d'accueil font également partie des services très sollicités. Mais c'est de conseil que

le besoin est le plus fréquent : 42 % des personnes interrogées ont déclaré avoir eu recours au moins une fois à un service de ce type. Un peu plus de la moitié d'entre elles ont néanmoins précisé ne pas avoir utilisé ces prestations quand bien même elles en auraient eu besoin. Les personnes atteintes dans leur santé psychique sont celles qui ont signalé le plus important besoin de services à la personne. C'est pourtant parmi les handicapés mentaux ou ayant des difficultés d'apprentissage que la proportion de personnes ayant déjà recouru à ces services est la plus importante. De l'avis des usagers, les services à la personne couvrent bien, dans l'ensemble, les divers domaines de la vie, y compris ceux pour lesquels les groupes cibles ont signalé le plus grand besoin de soutien non couvert. Sur le plan régional, les offres sont également bien réparties ; font exception les lieux d'accueil avec encadrement, qu'on ne trouve pas partout en Suisse et qui sont répartis de manière inégale entre les régions. En ce qui concerne le contenu, l'étude parvient à la conclusion que, si globalement l'offre est efficace et adaptée aux besoins des intéressés, l'accès à certains groupes cibles est imparfait. Les auteurs de l'étude ont donc formulé une série de recommandations à l'intention des organisations faitières et de l'OFAS.

2 Les aides financières de l'AI doivent être utilisées de manière à favoriser au mieux l'intégration sociale.

Evolution et mesures touchant l'ensemble du système

Commissions extraparlémentaires fédérales

Les commissions extraparlémentaires 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 du savoir nécessaire. 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.

Chaque commission fédérale dont les activités principales concernent le domaine du présent rapport est présentée ci-après. 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 (CFT) 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 émet un avis à l'intention du Conseil fédéral sur l'application et le développement de l'assurance-vieillesse et survivants et de l'assurance-invalidité.

La Commission AVS/AI s'est réunie cinq fois en 2016. Elle a été informée par l'Office fédéral des assurances sociales au sujet des travaux sur la réforme Prévoyance vieillesse 2020, sur le développement continu de l'AI, sur la réforme des PC et sur la modernisation de la surveillance. La commission s'est penchée en outre sur l'adaptation des rentes AVS/AI à l'évolution des salaires et des prix et sur l'ordonnance concernant la remise de moyens auxiliaires par l'assurance-invalidité.

Les sous-commissions apportent leur soutien à la commission en s'occupant de questions qui nécessitent un savoir spécialisé.

La sous-commission AI s'est réunie quatre fois en 2016. Elle a débattu du projet de développement continu de l'AI mis en consultation, des résultats du programme de recherche sur l'AI ainsi que d'autres thèmes d'actualité pour cette assurance.

Pour sa part, la sous-commission des questions mathématiques et financières n'a pas tenu de séance en 2016.

Commission fédérale de la prévoyance professionnelle (Commission LPP)

La Commission LPP émet un avis à l'intention du Conseil fédéral sur l'application et le développement de la prévoyance professionnelle. Ses membres sont désignés par le Conseil fédéral.

En 2016, la Commission a siégé à quatre reprises. Durant ces séances, les principaux thèmes abordés ont été les suivants : Réforme Prévoyance vieillesse 2020, révision de la loi sur l'assurance-accidents incluant une nouvelle réglementation concernant la surindemnisation, réforme des prestations complémentaires et retrait en capital, modification de la loi sur le libre passage quant aux choix de stratégie de placement, abaissement du montant minimal du remboursement dans le cadre de l'encouragement à la propriété du logement, examen du taux d'intérêt minimal LPP. Plusieurs membres ont quitté la commission cette année, à savoir M. Frey (président), M. Ammann, Mme Grob Hügli, M. Konrad, M. Lustenberger, M. Pillonel, M. Regotz, M. Schlatter. Le Conseil fédéral a élu comme nouveaux membres Mme Egerszegi (nouvelle présidente), Mme Pétremand, Mme Ruggli, M. Dubuis, Mme Stoller-Laternser, Mme Laffely Maillard pour la législature 2016-2019.

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

La 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 pour les enfants et les jeunes d'importantes décisions de la Confédération. 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 répertorie et évalue les travaux de recherche, et met en évidence les lacunes en la matière. Sur la base des résultats obtenus, elle donne des orientations pour la politique familiale 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.

Evolution et mesures touchant l'ensemble du système

Commission fédérale du travail (CFT)

La Commission fédérale du travail émet un avis à l'intention des 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 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 cinq séances plénières en 2016.

Commission fédérale des médicaments (CFM)

La CFM a tenu six séances en 2016 : elle a principalement examiné des demandes d'admission de médicaments dans la liste des spécialités, ou de modification de médicaments dans cette liste (extension des indications, modifications des limitations, augmentations de prix).

Commission fédérale des prestations générales et des principes (CFPP)

En 2016, la CFPP s'est réunie quatre fois. Ses activités ont consisté principalement à traiter des demandes relatives à de nouvelles prestations médicales 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 a siégé une fois en 2016. La sous-commission des moyens et appareils a tenu deux séances. La sous-commission des analyses en a tenu deux.

Jurisprudence

La jurisprudence revêt une grande importance dans le domaine des assurances sociales, car elle clarifie les questions litigieuses d'interprétation des normes et contribue à la sécurité juridique. 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.

Assurance-invalidité

Modifications au sujet des formations initiales octroyées par l'AI

ATF 142 V 523 du 23 novembre 2016

L'assurance-invalidité (AI) adapte sa pratique relative à la formation professionnelle élémentaire octroyée aux jeunes assurés en situation de handicap à l'ATF 142 V 523. La lettre circulaire AI n° 299 relative à la formation élémentaire AI et à la formation pratique INSOS précisait à l'intention des offices AI cantonaux les modalités d'octroi d'une formation initiale aux jeunes assurés souffrant d'un handicap. Non régi par la loi sur la formation professionnelle (LFP), ce type de formation prépare à un travail auxiliaire ou à une activité dans un atelier protégé et dure en règle générale deux ans. Étant donné qu'il n'était souvent pas possible de constater à l'issue de ces deux ans une réadaptation ayant une incidence sur la rente, l'AI limitait, dans un premier temps, l'octroi de ces formations à un an et

décidait d'une prolongation éventuelle sur la base d'un bilan établi vers la fin de la première année et attestant de bonnes chances de capacités de gain futures sur le marché primaire de l'emploi. Dans ces cas seulement, les formations étaient prolongées d'une deuxième année. Cette pratique était contestée depuis un certain temps. Le Tribunal fédéral a définitivement clarifié la question dans cette affaire. Le Tribunal fédéral constate que ni la loi ni l'ordonnance ne règlent la question de la durée de la préparation à un travail auxiliaire ou à une activité en atelier protégé (art. 16, al. 2, let. a, LAI) ; il note en outre qu'aucune autre disposition ne subordonne la prolongation de la formation d'une année à la condition qu'il existe de bonnes perspectives pour que la formation débouche sur une activité lucrative ayant une incidence sur la rente ou que l'on puisse en attendre une insertion sur le marché primaire de l'emploi (même s'il n'en découle à court terme aucune incidence sur la rente).

Le Tribunal fédéral est parvenu à la conclusion que la lettre circulaire AI n° 299 est illégale. La réponse à la question de savoir si des prestations pour une seconde année de formation doivent être allouées dépend du point de savoir si les conditions d'octroi sont remplies dans le cas considéré. Le Tribunal fédéral précise que seul un manque d'adéquation financière peut motiver le refus d'une seconde année de formation, c'est-à-dire dans un cas particulier, un déséquilibre important entre les coûts et les avantages de la mesure.

Suite à cet arrêt, l'OFAS a abrogé la lettre circulaire avec effet immédiat.

Evolution et mesures touchant l'ensemble du système

Assurance-maladie

Obligation de s'assurer contre la maladie de résidents polonais membres de la famille d'un ressortissant polonais exerçant une activité lucrative saisonnière en Suisse

9C_224/2016 du 25 novembre 2016

Se référant à l'art. 1, al. 2, let. d, OAMal, le Tribunal fédéral constate que le Conseil fédéral a prévu explicitement une extension de l'obligation de s'assurer contre la maladie pour les personnes qui habitent dans un État membre de l'UE, et ce sur la base de l'ALCP. Tenant compte des dispositions déterminantes (art. 11, al. 1 et 3, let. a et e, et art. 32 du règlement (CE) n°883/2004 ; annexe XI du règlement (CE) n°883/2004 ; art. 3, al. 1, 2 et 3, let. a, art. 4a, let. a, art. 6 et art. 95a, let. a, LAMal ; art. 1, al. 1 et 2, let. d et f, art. 2, al. 1, let. c, d et e, OAMal : règles de conflit avec le droit européen), le Tribunal fédéral constate que le droit aux prestations des membres de la famille est un droit à prestations dérivé, c'est-à-dire que le droit est lié à celui de la personne qui exerce une activité lucrative. Cependant, ce droit dérivé n'existe qu'à condition que le membre de la famille lui-même ne bénéficie d'aucun statut de droit social en raison de l'exercice d'une activité lucrative, statut duquel découlerait la perception d'une rente ou de prestations en espèces en cas de chômage. Les personnes sans activité lucrative (qui ne perçoivent pas de salaire, de rente ou de prestations) seraient donc tenues en principe, même si elles sont restées dans un État membre, de s'affilier à l'AOS lorsqu'elles sont membres de la famille d'un ressortissant d'un État membre de l'UE n'exerçant une activité lucrative qu'en Suisse et duquel leurs droits sont dérivés.

En l'espèce, le Tribunal fédéral a renvoyé le cas à l'assureur afin qu'il vérifie, au moyen du formulaire E 109, si les membres de la famille domiciliés en Pologne ont un droit propre ou un droit dérivé aux prestations. Dans le dernier cas, les membres de la famille seraient alors tenus de s'assurer contre la maladie en Suisse.

Obligation de contracter une assurance-maladie d'un frontalier domicilié en France qui exerce son droit d'option

9C_105/2016 du 5 avril 2016

En ce qui concerne les frontaliers qui résident en France et qui, conformément au système de sécurité sociale français, souhaitent exercer un droit d'option relatif à l'assurance-maladie, il revient à la France de définir les dispositions selon lesquelles ce droit d'option peut être exercé. La suppression de la possibilité, à compter du 1^{er} juin 2014, de bénéficier d'une couverture maladie équivalente à la couverture maladie universelle (CMU) en s'affiliant auprès d'une assurance privée en France, relève exclusivement de la compétence du législateur français. Il n'en ressort aucune inégalité de traitement illégale avec les frontaliers résidant en Allemagne, qui peuvent opter pour une assurance privée. Il n'y a donc pas violation du principe de l'égalité de traitement. Les frontaliers français ne peuvent donc demander à être exemptés de l'obligation de s'assurer en Suisse qu'au moyen du formulaire prévu à cet effet (« Choix du système d'assurance-maladie applicable »).

Allocations familiales

Décision du tribunal des assurances de Saint-Gall du 8 juin 2016

Une mère n'exerçant aucune activité lucrative a déposé pour son enfant une demande de versement à un tiers des allocations familiales auprès de la caisse de compensation pour allocations familiales (CAF) à laquelle l'employeur du père est affilié. La CAF a rejeté sa demande, car le père s'est engagé à transférer les allocations familiales qu'il perçoit pour l'enfant à la mère. Cette dernière a attaqué la décision. La CAF a approuvé le recours et a décidé de verser les allocations familiales à la mère. Le père a exercé un recours contre cette décision auprès du tribunal cantonal des assurances. Celui-ci a estimé qu'au vu des contributions d'entretien impayées, de l'endettement du père et de son refus de fournir des renseignements sur ses revenus, il existe un risque significatif qu'il utilise les allocations familiales à d'autres fins et non pour l'entretien de l'enfant. Le risque élevé d'utilisation des allocations familiales à d'autres fins suffit pour motiver le versement à un tiers au titre de l'art. 9, al. 1, LAFam. Le tribunal a donc rejeté le recours.

Recours contre le tiers responsable

Effets du privilège de recours de l'employeur dans une communauté de coordination avec un autre responsable solidaire

4A_301/2016 et 4A_311/2016 du 15 décembre 2016

L'entreprise de construction Y. SA était chargée d'assainir et d'étanchéifier les conduites de canalisation et les regards dans la rue principale d'Einsiedeln. Le 8 septembre 2004, le jour de l'accident, ont pris fin les travaux effectués sur la conduite de canalisation qui a été remise en exploitation. Le travailleur X. de la société Y. SA était occupé par un travail d'étanchéité dans un nouveau regard et a fumé une cigarette lorsqu'un gaz se trouvant dans le regard a pris feu et a brûlé son torse et sa chevelure. X. a pu se hisser lui-même et avec l'aide d'un collègue du regard et le feu qui avait pris sur son corps a pu être éteint. En même temps, une explosion ou une déflagration de gaz a provoqué le soulèvement des couvercles des regards à plusieurs endroits le long de la conduite de canalisation. X. a subi des brûlures lors de l'accident, qui ont bien guéri ; les troubles psychiques qui se sont développés par la suite et leurs conséquences sont incontestés. La Suva, l'AI et l'AVS ont versé des prestations à X. et en verseront encore. Selon une expertise de 2005 demandée par la Suva à l'Inspection technique de l'industrie gazière suisse (ITIGS), le gaz combustible (propane) provenait d'une fuite d'une conduite de l'usine à gaz d'Einsiedeln SA. La Suva, l'AI et l'AVS agissent en justice contre Z. SA, qui assure l'usine à gaz en responsabilité civile, et font valoir à son encontre une créance récursoire de 1,3 million de francs en se basant sur la loi sur les installations de transport par conduites (LITC). L'instance précédente a admis la demande à concurrence de 1,01 million de francs. Les deux parties recourent contre ce jugement. En se référé-

Evolution et mesures touchant l'ensemble du système

rant à l'arrêt de principe ATF 112 II 78 et aux travaux préparatoires de la LPGA, le TF confirme que la capacité d'ester en justice de l'AVS et de l'AI est donnée aussi au vu de l'art. 72 LPGA qui contient la notion d'« assureur ». Les notions d'« assureur » et d'« assureur social » sont interchangeables au sens de la LPGA (consid. 3.1 à 3.3). Sur la base de l'art. 72, al. 4, LPGA, la Suva, l'AI et l'AVS peuvent invoquer la créance directe prévue à l'art. 37, al. 1, LTC à l'encontre de l'assureur en responsabilité civile (consid. 6). Selon le TF, il faut décider quelles conséquences a le privilège de recours de l'employeur au sens de l'art. 75, al. 2, LPGA dans une communauté de coordination avec un responsable non privilégié comme l'est l'usine à gaz. Celle-ci a été déclarée entièrement responsable par l'instance précédente. Avant tout, il faut préciser que ce dont il est question à l'art. 75, al. 2, LPGA, c'est un privilège de recours et non pas de responsabilité. Seul le recours contre l'employeur est limité, mais pas sa responsabilité vis-à-vis du travailleur. Dans l'arrêt C 193/1957 non publié du 10 juin 1958, le TF avait considéré au sujet du privilège de recours de l'ancien art. 129, al. 4, LAMA qu'on pouvait en fait se demander si l'ancien art. 100 LAMA ne présentait pas une lacune à combler dans le sens que la Suva devait se laisser déduire par le responsable non privilégié la somme dont celui-ci, en raison du privilège de l'employeur, ne pouvait pas demander la restitution à l'employeur fondamentalement aussi responsable. La question avait été laissée ouverte, car le TF avait ensuite retenu la faute grave de l'employeur. Il ressort des travaux préparatoires de la LPGA que le privilège de recours de la Suva est fondé sur le fait que l'employeur paie les primes de l'assurance sur les accidents professionnels. Le privilège de recours de l'AVS/AI n'est pas autrement motivé, mais il a simplement été renvoyé au fait qu'il succède au privilège de recours reconnu par la jurisprudence (ATF 112 II 167) sur la base de

l'ancien art. 48^{ter} LAVS. Il s'ensuit qu'un recours interne du responsable dédommageant entièrement l'assureur social contre l'employeur est exclu, sans quoi le privilège de recours serait contourné et l'employeur perdrait l'avantage acquis par le versement des primes. Il manque une justification interne qui explique que l'assureur social puisse être entièrement dédommagé auprès du responsable non privilégié. Sa contreprestation pour le versement des primes justifiant le privilège est la couverture d'assurance correspondante pour les travailleurs. Si un recours entier contre le responsable non privilégié était possible, il serait enrichi. Il apparaît donc téléologiquement justifié que le responsable non privilégié ne soit responsable vis-à-vis de l'assureur social que dans la mesure dans laquelle il devrait supporter le dommage dans la relation interne avec l'employeur s'il n'existait pas de privilège de recours et que, par voie de conséquence, il était fait application entre eux du recours interne entre débiteurs solidaires. D'un point de vue dogmatique, il s'agit d'un motif de réduction et d'une circonstance ressortant du domaine de responsabilité du créancier au sens de l'art. 44, al. 1, CO. La question peut rester ouverte de savoir si, sur ce point, on peut tirer quelque chose de l'art. 75, al. 3, LPGA (suppression du privilège de recours en cas d'assurances responsabilité civile obligatoires). La réduction de la créance récursoire intervient en vertu de la répartition interne de la responsabilité, étant précisé que c'est l'assureur social subrogeant qui supporte définitivement la part du responsable privilégié qui en résulte. Le privilège de recours présuppose que l'employeur (Y. SA) réponde du dommage vis-à-vis du travailleur sans qu'une faute grave ou une intention puisse lui être reprochée. Pour autant que Z. SA réussisse à le prouver, elle peut faire valoir la réduction proportionnelle par rapport à la créance récursoire, ce dont doit entièrement rejurer l'instance précédente (consid. 6).

Répartition de la responsabilité civile en cas de collision d'une motocyclette avec un cyclomoteur

4A_74/2016 du 9 septembre 2016

Âgé alors de 35 ans, X., chauffeur professionnel, se dirigeait à fin mai 1998 avec sa motocyclette sur une route principale en dehors de la ville à une vitesse de 30 à 35 km/h vers un croisement avec une route secondaire non goudronnée qui débouchait de droite. Sur son siège arrière se trouvait une passagère. Il a vu comment Y., âgé d'à peine 15 ans, s'est engagé sans freiner de la route secondaire sur la route principale avec un cyclomoteur directement devant lui et lui a coupé la route. X. a freiné sa motocyclette qu'il avait achetée cinq jours avant, mais en actionnant uniquement le frein de la roue arrière. Il n'a pas pu éviter une collision avec le cyclomoteur. Au moment de l'accident, il n'était pas titulaire d'un permis valable pour la conduite de motocyclettes. Il a été blessé au genou droit ; le ligament croisé déchiré a été ensuite remplacé par plastie ligamentaire au cours d'une opération qui n'a pas été optimale. Au genou blessé, un syndrome douloureux (Sudeck) s'est développé. X. n'a plus pu reprendre son métier de chauffeur même après une tentative de travail. Les experts médicaux judiciaires ont sans doute certifié qu'il avait une capacité résiduelle de travail théorique de 50 % dans une activité adaptée qu'il ne peut cependant pas réaliser surtout faute de formation professionnelle. Le cyclomotoriste a été condamné à une amende pour violation simple des règles de la circulation routière (inobservation du droit de priorité). L'assurance-accidents (AA) et l'AI ont pour l'essentiel versé chacune à X. une rente sur la base d'un taux d'invalidité de 100 %. À la mi-décembre 2008, l'AI et l'AA ont ouvert une action contre l'assurance responsabilité civile du cyclomotoriste en faisant valoir à son encontre des créances récursives, intérêts compris, de 955 000, respectivement 695 000 francs. La première instance a ad-

mis la demande pour un montant réduit. L'assureur en responsabilité civile a fait appel de ce jugement. La deuxième instance a corrigé la répartition de la responsabilité entre le motocycliste et le cyclomotoriste en faveur de ce dernier et a accordé environ 482 580 francs à l'AI et 351 026 francs à l'AA. L'assureur en responsabilité civile a intenté un recours devant le TF contre ce jugement. Le TF confirme que l'AI et l'AA ont été subrogées aux créances en responsabilité civile encore sous le droit antérieur à la LPG (consid. 2.1). En tant que cyclomotoriste, Y. répond du dommage en vertu de l'art. 41 CO, dont les conditions sont remplies. En particulier, il y a bien un lien de causalité entre l'accident et l'actuelle atteinte à la santé (syndrome douloureux et complications), d'autant plus que les auteurs de l'expertise médicale ordonnée par le juge n'ont pas qualifié la complication d'extraordinaire et qu'une telle complication peut aussi se produire lorsque la plastie ligamentaire a été exécutée de manière optimale (consid. 3 et 4). Il s'agit de faire preuve de retenue dans le contrôle des parts de responsabilité décidées par l'instance précédente. En évaluant à 2 le comportement du motocycliste et à 4 celui du cyclomotoriste dans le cadre de la faute, elle n'a fait qu'user de son pouvoir d'appréciation. C'est à juste titre qu'en tenant compte de tous les facteurs (notamment le jeune âge), elle a qualifié la faute du cyclomotoriste de moyenne. Par son comportement, il a créé la cause prédominante de l'accident comme cela a été constaté dans l'analyse de l'accident faite par des experts et a forcé le motocycliste à un brusque freinage (consid. 5). Rien à redire non plus au fait que l'instance précédente a évalué à 3 le risque inhérent à une motocyclette et à 2 celui d'un cyclomoteur, ce qui conduit à une réduction de la responsabilité de 45 % au total (5/11) (consid. 6). Le recours de l'assureur en responsabilité civile est rejeté.

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 (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
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
COFF	Commission fédérale de coordination pour les questions familiales
Commission fédérale AVS/AI	Commission fédérale de l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité
Commission fédérale LPP	Commission fédérale de la prévoyance professionnelle
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 suisse des médecins
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)
LAI	Loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (RS 831.20)
LAMal	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 (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)
LSAMal	Loi du 26 septembre 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie (RS 832.12)
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
PP	Prévoyance professionnelle
RAI	Règlement du 17 janvier 1961 sur 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	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

