

Assurances sociales 2017

Rapport annuel selon l'article 76 LPGA



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Assurances sociales 2017

Rapport annuel selon l'article 76 LPGA

Approuvé par le Conseil fédéral le 27 juin 2018

Publié par l'Office fédéral des assurances sociales, 2018
OFCL, Diffusion publications, CH-3003 Berne,
www.bundespublikationen.admin.ch

Photo couverture : Walter Schurter, Köniz

318.121.17F 350 08.18 860415092

Informations complémentaires sur les assurances sociales

Statistique de poche « Les assurances sociales suisses » 2018

Numéro de commande 318.001.18F (français), 318.001.18D (allemand), 318.001.18I (italien), 318.001.18E (anglais)

« Statistique des assurances sociales suisses » 2018 (parution fin 2018)

Numéro de commande 318.122.18F (français), 318.122.18D (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 2017, rapport annuel du Conseil fédéral

Table des matières

| | |
|---|-----|
| Avant-propos | 3 |
| Survol général, perspectives et principaux développements | 4 |
| Résultats 2017 : AVS, AI, PC et APG | 4 |
| Raisons de la progression des dépenses de 2011 à 2016 | 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 | 23 |
| AVS Assurance-vieillesse et survivants | 24 |
| AI Assurance-invalidité | 32 |
| PC Prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI | 40 |
| PP Prévoyance professionnelle | 44 |
| AMal Assurance-maladie | 50 |
| AA Assurance-accidents | 60 |
| AM Assurance militaire | 64 |
| APG Allocations pour perte de gain | 68 |
| AC Assurance-chômage | 72 |
| AF Allocations familiales | 76 |
| Evolution et mesures touchant l'ensemble du système | 84 |
| Aides financières à des organisations de l'aide privée aux personnes âgées ou handicapées | 84 |
| Recours contre le tiers responsable | 86 |
| Relations internationales | 89 |
| Recherche | 90 |
| Commissions extraparlimentaires fédérales | 93 |
| Jurisprudence | 96 |
| Abréviations | 102 |

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 2017, mais tient également compte de l'évolution jusqu'à la fin de la session d'été 2018, le 15 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 2016, telles qu'elles se présentaient en avril 2018 (donc parfois encore provisoires).

Survol général, perspectives et principaux développements

Résultats 2017 : AVS, AI, PC et APG

Depuis 2014, le développement des cotisations des assurés à l'AVS et au régime des APG ne permet plus de compenser la hausse des dépenses. Ce déséquilibre est apparu dès 2009 dans l'AVS. À l'inverse, l'AI enregistre depuis 2006 une augmentation continue des cotisations, dont le niveau dépasse le taux de croissance des dépenses. Par conséquent, la situation financière de l'AI s'est nettement améliorée.

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 0,9 % en 2017 alors qu'elles étaient encore en hausse de 1,5 % en 2016 et de 1,6 % en 2015. L'AVS et l'AI affichent des taux de croissance des dépenses différents. Depuis 2013, celui de l'AVS est passé de 3,0 % à 1,8 %. Dans la même période, celui de l'AI est passé de 0,5 % à -1,1 %, ce qui signifie que les dépenses de l'AI tendent à diminuer légèrement.

AVS : en 2017, l'AVS a connu une augmentation des cotisations de 0,9 % (contre 1,5 % en 2016) 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 1,4 % en 2015, année d'adaptation des rentes, de 1,8 % en 2016 et de 1,6 % en 2017. La somme des rentes versées a donc progressé davantage que celle des cotisations (1,6 %, contre 0,9 %), ce qui a entraîné une détérioration du résultat de répartition. Ce dernier s'est établi à -1039 millions de francs en 2017, contre -767 millions l'année précédente. Ce n'est donc que grâce au produit des placements que l'AVS a obtenu un résultat d'exploitation positif de 1087 millions de francs en 2017.

AI : pour la sixième fois consécutive, l'AI a réalisé en 2017 un excédent (1122 millions de francs contre 823 millions l'année précédente). Le résultat de répartition hors produit des placements a atteint 797 millions de francs (contre 692 millions en 2016). 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 (-47 millions de francs en 2017). La somme des rentes AI ordinaires diminue depuis 2007 ; elle est passée 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 2017. Le taux de croissance des recettes et des dépenses s'est situé à 0,8 %, son niveau le plus bas depuis 1980 (à l'exception de 1996, changement dans le traitement des primes d'assurance-maladie). Cette évolution récente est principalement due à la diminution des dépenses au titre de PC à l'AI, qui s'explique par les changements de financement des prestations découlant de l'entrée en vigueur, en 2017, de la loi sur l'aide aux personnes en situation de handicap dans les cantons de Bâle-Ville et Bâle-Campagne. 16,5 % de l'ensemble des bénéficiaires de prestations AVS et AI en Suisse ont perçu des PC en 2017 (contre 16,4 % l'année précédente). 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 rentes de l'AI que celles de l'AVS.

PC à l'AVS : les PC à l'AVS évoluent de manière analogue à cette assurance. En 2017, elles ont amélioré de 8 % la somme des rentes AVS ; 12,5 % des bénéficiaires de rente de vieillesse et 9,0 % des personnes au bénéfice d'une rente de survivants ont bénéficié de PC en Suisse.

PC à l'AI : les dépenses des PC à l'AI ont diminué de 0,6 % en 2017. Ces vingt dernières années, une évolution semblable n'a été enregistrée qu'en 1996. La part des PC dans la somme des rentes AI a augmenté, passant à 47,7 %. En 2017, 46,7 % des bénéficiaires de rente AI ont perçu des PC.

APG : les dépenses du régime des APG ont diminué de 1,2 % en 2017. En raison de l'abaissement du taux de cotisation de 0,5 point (à 0,45 %) à partir de 2016 pour une durée de cinq ans, les recettes ont diminué de 6,5 % en 2016, pour augmenter de 2,5 % une année plus tard. Par conséquent, le résultat d'exploitation, qui affichait un déficit de -52 millions de francs en 2016, enregistrait à nouveau un excédent de 12 millions de francs en 2017. Le résultat de répartition (hors produit en placements) a donc chuté, passant d'un excédent de 115 millions de francs à un déficit de 87 millions en 2016. En 2017, le déficit n'était plus que de 4 millions de francs.

Survol général, perspectives et principaux développements

Résultats 2007 à 2017: AVS, AI et PC

Le graphique ci-dessous montre que le 1er pilier affiche des taux de variation peu élevés en 2017. Du fait de la stabilité des prix de ces dernières années, les dépenses dans le domaine de la prévoyance VSI ont progressé de moins de 2 %.

AVS : l'évolution des dépenses de l'AVS se caractérise par des taux de variation comparativement modestes sur l'ensemble de la période considérée. Depuis 2010, le taux de croissance des dépenses de l'AVS se situe autour de 2 %, sauf en 2011 et 2013 (années d'adaptation). La croissance des dépenses tend à être plus importante les années où les rentes ont été adaptées sur la base de l'indice mixte.

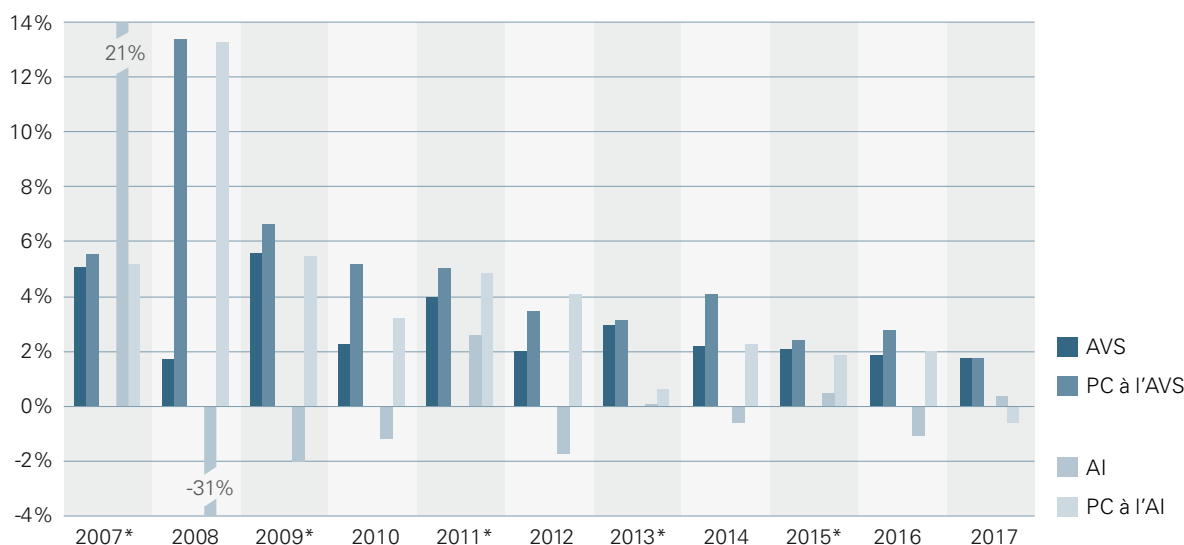
AI : en 2017, les dépenses de l'AI ont légèrement progressé (+0,4 %), hausse qui a pu être compensée par l'augmentation des recettes de 1,4 % (hors produit des placements) et de 3,3 % (avec produit des placements). Ainsi, les recettes de l'AI ont entièrement couvert les dépenses pour la sixième année consécutive et l'excédent de recettes a été

utilisé pour réduire le montant de la dette envers l'AVS. Grâce aux excédents réalisés de 2012 à 2017, cette dette est passée de 14 944 à 10 284 millions de francs.

PC à l'AVS : en 2017, le taux de croissance enregistré (1,8 %) a été le plus faible depuis 2002. Les PC à l'AVS évoluent de manière analogue à l'AVS. Les taux de croissance des PC à l'AVS tendent à être plus faibles les années où les rentes sont adaptées. Le bond observé en 2008 résulte de la réorganisation des PC à la suite de la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT).

PC à l'AI : de 2010 à 2017, les PC à l'AI ont enregistré les taux de croissance les plus faibles depuis 2000. Sur l'ensemble de la période considérée, ces taux sont néanmoins élevés certaines années. Ils dépassent constamment ceux de l'AI elle-même, sauf en 2007 et en 2017. 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 2007 à 2017, 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.

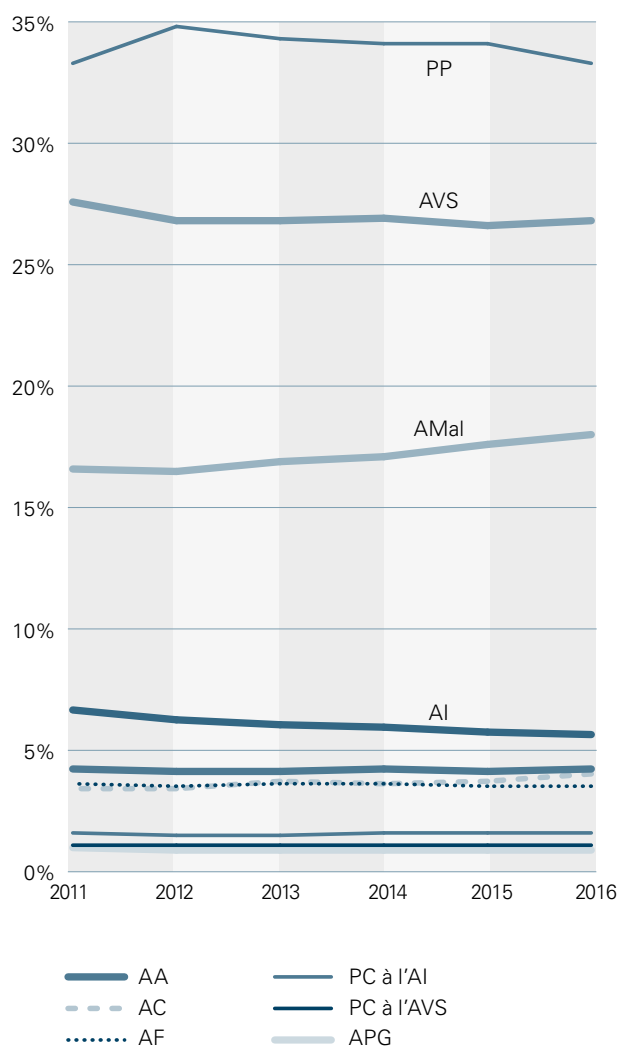
* Années où les rentes ont été adaptées sur la base de l'indice mixte

Source : CGAS de l'OFAS, SAS 2018

Raisons de la progression des dépenses de 2011 à 2016

- Dans les assurances sociales, les recettes fluctuent moins que les dépenses, dont l'évolution dépend principalement des risques couverts. Le **compte global des assurances sociales (CGAS)** offre une vue d'ensemble précise des recettes et des dépenses respectives ; il est fondé sur les données de 2016 en raison de contraintes liées à la saisie.

Evolution de la part des dépenses de 2011 à 2016



Source : CGAS de l'OFAS, SAS 2017

Le graphique à gauche présente l'évolution des dépenses des différentes assurances sociales sur cinq ans, de 2011 à 2016. Les dépenses totales consolidées ont été de 139 milliards de francs en 2011 et de 159 milliards en 2016. 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.

- La **PP** est l'assurance qui enregistre les dépenses les plus importantes, avec une part de 33 % qui est restée la même ces cinq dernières années. De la hausse totale des dépenses de 20,7 milliards de francs, 6,8 milliards sont imputables à la PP.
- L'augmentation des dépenses de l'**AVS** a été inférieure à la moyenne. La part de l'assurance dans les dépenses globales n'a pas atteint 27 % en 2016. En 2011, elle était nettement supérieure à 27 %.
- Troisième assurance sociale par sa taille, l'**AMal** est l'assurance dont le taux de dépenses a le plus augmenté (4,4 %) au cours des cinq années considérées, à l'exception de l'AC dont l'évolution dépend de la situation économique. La part de ses dépenses dans le compte global est passée de 16,6 % à 18,0 %. Alors que les dépenses de l'AMal ne représentent que la moitié environ de celles de la PP, elles ont augmenté de 5,5 milliards de francs de 2011 à 2016, soit presque autant que celles de la PP.
- L'**AI** reste en quatrième position en 2016, bien que sa part soit passée de 6,4 % à 5,8 % durant la période considérée. Cette évolution s'explique par le recul des prestations sociales (-1,6 % depuis 2011) et par la baisse des intérêts de la dette à partir de 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, qui n'a pratiquement pas changé (2016 : 4,4 %).
- La part des dépenses de l'**AC** dans l'ensemble de celles des assurances sociales a oscillé entre 3,6 % et 4,2 % au cours de la période de 2011 à 2016. Elle a atteint son maximum (4,9 %) en 2010 à la suite de la crise économique de 2009/2010 et a légèrement progressé au cours de la dernière année considérée. 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 2016). Pour la réduction de la dette, un pour-cent de solidarité est prélevé, depuis le 1^{er} janvier 2011, sur les tranches de salaires comprises entre le montant maximal du gain assuré, soit 148 200 francs (126 000 francs avant le 1^{er} janvier 2016) et 315 000 francs (deux fois et demie ce montant). Le pour-cent de solidarité a été déplafonné au 1^{er} janvier 2014 et sera prélevé tant que le capital propre du fonds de compensation n'aura pas atteint au moins 0,5 milliard de francs, après déduction des fonds de roulement nécessaires à l'exploitation. En 2017, les recettes se sont montées à 7,7 milliards de francs et les dépenses, à 7,3 milliards. Par rapport à l'année précédente, les premières ont augmenté de 1,8 % et les secondes ont diminué de 1,5 %. Grâce au solde

de 0,4 milliard de francs, l'AC a pu continuer de réduire ses dettes, et son capital propre était de -1,0 milliard de francs fin 2017.

- Parmi les instruments de sécurité sociale dont la charge financière est la plus modeste, les **AF** ont gardé la même importance durant la période de 2011 à 2016. Depuis 2011, les **PC à l'AVS** et les **PC à l'AI** ont légèrement gagné en importance pour les premières et perdu en importance pour les secondes. L'importance du régime des APG a un peu diminué.

En résumé, ce sont avant tout l'AMal et l'AC qui ont gagné en importance depuis 2011. Bien que l'importance de la PP et de l'AVS ait légèrement diminué, ces deux assurances, avec une progression des dépenses de l'ordre de 11,3 milliards de francs, ont contribué pour moitié à la hausse des dépenses de sécurité sociale. La part de l'AI et celle du régime des APG ont diminué, tandis que celles des AF, des PC et de l'AA sont restées quasiment inchangées durant la période considérée.

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 2,7 milliards de francs de dépenses en 2016 (dernière année disponible), 1,7 % des dépenses des assurances sociales (qui atteignaient 159,3 milliards de francs). Le taux de croissance moyen des dépenses d'aide sociale entre 2011 et 2016 s'est élevé à 5,9 %. Avec un taux d'aide sociale s'élevant en 2016 à 3,3 % de la population résidante de Suisse, elle joue un rôle important parmi les instruments de politique sociale. Ce taux est sensiblement plus élevé pour les ménages composés d'un adulte et d'un ou de plusieurs enfants mineurs, où il s'élève à 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.

Le taux des prestations sociales – dont le calcul se base sur le 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.

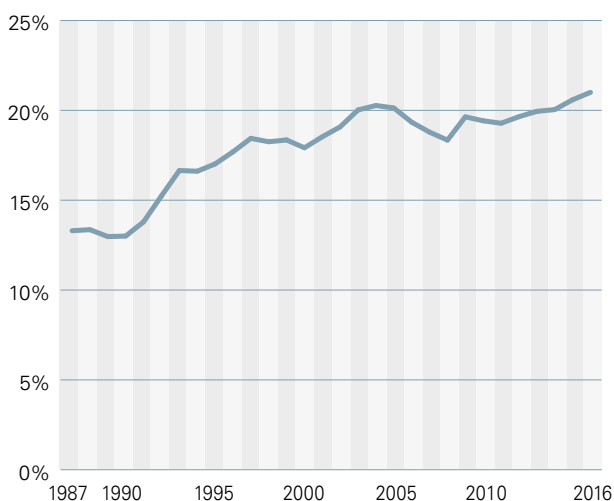
Il est passé de 13,3 % en 1987 à 21,1 % en 2016. Le passage de 20,7 à 21,1 % en 2016 résulte du

fait que la croissance du PIB est restée inférieure à celle des assurances sociales ; pour que le taux des prestations sociales reste à 20,7 %, il aurait fallu que l'augmentation de ces prestations corresponde à la croissance du PIB, soit 0,8 %, mais elle a été en fait de 2,9 %, d'où la hausse du taux des prestations sociales de 0,4 point. Ainsi, en 2016 comme en 2015 (+0,5 point), le poids des prestations sociales dans la répartition des revenus a progressé. Les trois quarts de cette variation sont imputables à la hausse des prestations de respectivement 0,13 point, 0,11 point et 0,09 point dans la PP, l'AMal et l'AVS, et 0,06 point dans l'AC.

En 2004, le taux des prestations sociales a atteint son plus haut niveau jusque-là, soit 20,4 %. Il s'était chiffré à environ 18,5 % en 1997 et en 2008, puis avait encore brusquement augmenté en 2009 pour s'inscrire à 19,7 %. Cette augmentation était due à un recul du PIB de 1,9 % accompagné d'une hausse des prestations sociales de 5,1 %. Avec un 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 encore diminué pour arriver à 19,4 %, sur fond d'une hausse toujours marquée du PIB (+2,0 %). À l'inverse, en 2012 et 2013, la croissance des prestations sociales a été plus forte que celle du PIB, ce qui a fait grimper le taux des prestations sociales de respectivement 0,4 et 0,3 point. Le taux de 21,1 % affiché en 2016 est le plus élevé enregistré à ce jour.

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.

Taux des prestations sociales, de 1987 à 2016



Source : CGAS de l'OFAS, SAS 2018

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 2017, elle a pu couvrir 21 % (2,9 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 2017, en millions de francs

| | 2017 | Variation 2016/2017 |
|---|---------------|------------------------|
| Contributions de la Confédération¹ | | |
| à l'AVS | 8'464 | 1,8% |
| à l'AI | | |
| Contribution ordinaire | 3'598 | 2,1% |
| Contribution supplémentaire aux intérêts de l'AI | 28 | -6,7% |
| aux PC | 1'532 | 2,0% |
| Total | 13'621 | 1,9% |
| dont produit de l'imposition à affectation liée², destiné à couvrir en partie les contributions fédérales pour l'AVS, l'AI et les PC | | |
| Tabac | 2'139 | 0,4% |
| Alcool | 250 | 11,3% |
| Part de la TVA | 485 | 2,7% |
| Total | 2'874 | 1,6% |

1 Contributions dues en vertu du compte final des assurances sociales, mars 2018

2 Selon le compte d'État 2017

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 y consacre 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'accroîtra encore au cours des prochaines décennies et qui constitue une gageure pour le financement des assurances sociales ;
- les changements sociaux, qui exigent une adaptation des assurances sociales pour qu'elles puissent continuer à remplir leur mandat social ;
- l'évolution technologique et la mondialisation de l'économie, qui accroissent les exigences posées aux travailleurs en matière de qualification ;
- la numérisation et l'automatisation, qui transforment l'économie, le monde du travail et la société 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.
- les changements démographiques, sociaux et technologiques, qui influencent pour leur part l'offre et la demande de personnel qualifié sur le marché de l'emploi. Pour les assurances sociales, qui dépendent d'une économie prospère, l'équilibre du marché de l'emploi revêt une importance cruciale.
- la persistance d'un endettement public considérable et de déséquilibres commerciaux massifs, qui fragilisent le système économique mondial et qui augmentent l'incertitude, rendant toute prévision, faite dans un tel contexte, 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.

Stratégie dans le domaine de la sécurité sociale

- l'augmentation des flux migratoires, qui s'accompagne de grandes opportunités, mais aussi de risques financiers potentiels pour les assurances sociales ;
- la polarisation accrue des débats politiques, qui rend plus ardue la recherche de solutions consensuelles et de compromis ; l'échec de la réforme Prévoyance vieillesse 2020 est une illustration récente de ce fait.

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 particulièrement graves pour les institutions de prévoyance. En ce qui concerne la numérisation et la robotisation, si ces évolutions technologiques laissent espérer de grands progrès, elles peuvent aussi avoir des effets sur le marché du travail (exigences en termes de qualification, disparition de certaines tâches, substitution du travail par du capital) et, indirectement, sur les recettes des assurances sociales (cotisations et recettes fiscales). Il pourrait en découler des conséquences négatives pour la sécurité sociale.

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 → Conduite stratégique → Programme de la législature

4 www.bk.admin.ch → Documentation → Conduite stratégique → Les objectifs

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 ;
- 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 2017 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).

Prévoyance vieillesse

Situation et défis

Le financement de l'AVS se dégrade sensiblement, avec un résultat de répartition négatif depuis 2014. Les recettes ne suffisent plus à financer les rentes en cours, quand bien même le système de financement par répartition exige un équilibre permanent entre recettes et dépenses. Cette situation s'accroît d'autant plus que les assurés de la génération à forte natalité (baby-boomers) atteignent peu à peu l'âge de la retraite. De ce fait, le financement des rentes n'est plus garanti à moyen terme. La réforme de l'AVS s'attaque à ce problème. Les mesures proposées dans le cadre du projet de stabilisation de l'AVS (AVS 21) visent à maintenir le niveau des prestations de la prévoyance vieillesse tout en assurant l'équilibre financier de l'AVS.

Objectifs et mesures stratégiques

Les tentatives de réforme précédentes qui auraient permis de résoudre certains problèmes ont échoué : la 11^e révision de l'AVS (première version) en 2004, l'adaptation du taux de conversion minimal et la 11^e révision de l'AVS (nouvelle version) en 2010. Enfin, en septembre 2017, le peuple et les cantons ont rejeté la réforme Prévoyance vieillesse 2020, qui visait à réviser en même temps le 1^{er} et le 2^e pilier. L'analyse de la votation a montré que l'échec était imputable à plusieurs facteurs. Le mo-

tif de refus le plus souvent invoqué était le supplément de rente de 70 francs, suivi du relèvement de l'âge de la retraite des femmes et de l'étendue de la réforme. Certains jugeaient la réforme injuste, d'autres considéraient qu'elle étendait les prestations, s'opposaient à l'augmentation de la TVA ou estimaient qu'elle ne leur apportait rien. Pris individuellement, aucun de ces facteurs n'aurait suffi à faire échouer la réforme, mais globalement, le non l'a emporté par une courte majorité (52,7 %). Les partisans de la réforme étaient convaincus qu'il est urgent de réformer la prévoyance vieillesse et de réaliser les changements recalés tant de fois. Ils étaient aussi d'avis que la réforme était un compromis équilibré, qu'il est nécessaire d'assurer le financement de l'AVS et que le projet aurait permis non seulement de maintenir le niveau des rentes, ou de la majorer dans certains cas, mais aussi d'harmoniser l'âge de la retraite. La flexibilité accrue en matière d'âge de départ à la retraite était incontestée.

Le rejet de la réforme Prévoyance vieillesse 2020 a rendu encore plus difficile la situation de l'AVS. Pour stabiliser les finances de l'assurance, il faudra trouver à terme des ressources financières supplémentaires, qui dépendent de l'évolution démographique et de la conjoncture économique. Plus les effets d'une réforme se font attendre, plus le déficit se creuse et plus les fonds nécessaires pour le combler et rétablir l'équilibre financier de l'AVS sont importants.

Compte tenu de l'analyse des motifs qui ont conduit au rejet de la réforme et après plusieurs discussions avec des acteurs importants, le Conseil fédéral a défini l'orientation de la réforme de la prévoyance vieillesse le 20 décembre 2017 et en a publié les grandes lignes le 2 mars 2018. Les objectifs prioritaires de la réforme de l'AVS consistent à maintenir le niveau des rentes et à assurer, à moyen terme, le financement de l'AVS et de la prévoyance

Stratégie dans le domaine de la sécurité sociale

professionnelle. Toutefois, la prochaine réforme devra être moins complexe, et donc ne comprendre aucun ajout susceptible de remettre en cause son succès. Pour maximiser ses chances, le Conseil fédéral a décidé de proposer les changements nécessaires dans le 1^{er} pilier et la partie obligatoire du 2^e pilier dans le cadre non plus d'une seule réforme, mais de deux projets distincts (à l'exception du relèvement de l'âge de référence et de la flexibilisation de l'âge de la retraite). S'agissant du calendrier, il entend traiter d'abord l'AVS en adoptant le message à fin 2018. L'entrée en vigueur de ce projet est prévue pour 2021.

La stabilisation de l'AVS (AVS 21) repose sur les principes élémentaires suivants :

- harmonisation de l'âge de référence à 65 ans (dans le 1^{er} et le 2^e pilier) ;
- compensation adéquate du relèvement de l'âge de référence pour les femmes ;
- aménagement flexible et individuel de la perception des rentes (du 1^{er} et du 2^e pilier) entre l'âge de 62 et de 70 ans ;
- possibilité d'améliorer la rente AVS en poursuivant une activité professionnelle après l'âge de référence ;
- financement additionnel de l'AVS.

S'agissant de la prévoyance professionnelle, il est prévu de procéder de la manière suivante : la réforme du 2^e pilier devra s'appuyer sur une base élaborée avec le concours des partenaires sociaux et devra être soutenue par ces derniers. De ce fait, les partenaires sociaux se sont déclarés prêts à discuter des mesures en matière de prévoyance professionnelle afin d'adapter le 2^e pilier aux évolutions démographiques et économiques.

Assurance-invalidité

Situation et défis

L'AI a réussi sa transformation d'une assurance de rente en une assurance de réadaptation, comme en témoignent les évaluations des révisions accomplies ces dix dernières années. 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. La priorité stratégique de l'AI est de développer 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 reste élevé en comparaison du 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 contribue à ce que les personnes en situation de handicap puissent continuer de vivre dans leur cadre habituel.
- **Solidarité et cohésion sociale** : lorsque ses assurés ne peuvent être réinsérés sur le marché 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. Qui-conque 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 élaboré un projet de développement continu de l'AI et a soumis un message dans ce sens au Parlement le 15 février 2017. Cette révision a pour objectif de prévenir l'invalidité et de renforcer la réadaptation. Elle 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 prévenir une invalidité précoce 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 est prévu d'inscrire dans la loi qu'une rente ne sera octroyée que lorsque toutes les mesures de réadaptation auront été épuisées. Les instruments 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.

La commission préparatoire du Conseil national a commencé à traiter le dossier en février.

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. En réponse à plusieurs interventions parlementaires, le Conseil fédéral a adopté le 20 novembre 2013 un rapport sur l'accroissement des coûts et sur les besoins de réforme des prestations complémentaires à l'AVS/AI. Le rapport 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 bénéficie 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.

Le deuxième projet (réforme des PC ; message du Conseil fédéral du 16.9.2016) vise à remanier plus profondément le système des PC en vue de réaliser les objectifs stratégiques suivants :

Stratégie dans le domaine de la sécurité sociale

- **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 traduirait 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 ces cas, il y a 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 Conseil des États a regroupé les deux projets dans une seule réforme des PC, dont il a débattu au cours de la session d'été 2017. Le Conseil national a traité le projet au cours de la session de printemps 2018. La prochaine étape consiste dans la procédure d'élimination des divergences, et le projet devrait entrer en vigueur le 1^{er} janvier 2020.

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.

À cet effet, le Conseil fédéral a élaboré un projet qui a été soumis à la consultation du 5 avril au 13 juillet 2017. Actuellement, l'OFAS évalue les résultats de la consultation et consulte les différents acteurs afin de réduire les différends pour permettre au Conseil fédéral d'adopter le message avant la fin 2018.

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 me-

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.

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

sure 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 2017 dix priorités. Parmi les cinq qui relèvent du domaine de l'assurance-maladie, quatre ont pu être mises en œuvre. Il s'agit de l'ouverture de la procédure de consultation concernant Tarmed et la structure tarifaire pour la physiothérapie, de l'adoption par le Conseil fédéral des modifications de l'ordonnance sur l'assurance-maladie et de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins relatives à la fixation des prix des médicaments et à la prise en charge de médicaments dans des cas particuliers, de l'ouverture de la procédure de consultation concernant la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) relative au pilotage du domaine ambulatoire (réglementation des admissions) ainsi que de l'élaboration de nouvelles mesures visant à maîtriser les coûts de la santé. Seule l'ouverture de la procédure de consultation concernant les adaptations de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (développement des critères de planification, complément des règles régissant la fixation des tarifs) a dû être reportée.

Afin de freiner la hausse des coûts à la charge de l'assurance maladie, le Département fédéral de l'intérieur (DFI) a constitué, fin 2016, un groupe d'experts chargés d'élaborer des mesures. Fin août 2017, ces experts ont soumis au chef du DFI un rapport adopté à l'unanimité. Conformément à son mandat, le groupe d'experts a élaboré des mesures de maîtrise des coûts dont la majeure partie repose sur le système existant et qui peuvent être mises en œuvre par les partenaires tarifaires ou, à titre subsidiaire, par les autorités d'approbation des tarifs. Beaucoup d'entre elles visent à éliminer les incitations inopportunes. Le groupe d'experts juge prioritaires les mesures visant à freiner la hausse des coûts dans les quatre domaines qui grèvent le

plus les finances de l'AOS : les traitements en cabinet médical, les traitements hospitaliers, les médicaments et les traitements ambulatoires à l'hôpital. Le Conseil fédéral a pris connaissance du rapport lors de sa séance du 25 octobre 2017 et a chargé le DFI de lui présenter d'ici au printemps 2018 des propositions de mise en œuvre de ces nouvelles mesures.

Fin mars 2018, le Conseil fédéral a adopté un programme de maîtrise des coûts qui se compose des mesures actuelles et nouvelles. Le programme engage tous les acteurs du système de santé à assumer leurs responsabilités en veillant à ce que les coûts augmentent uniquement dans la mesure où ils sont justifiés sur le plan médical.

La plupart des nouvelles mesures sont actuellement examinées et seront mises en œuvre en deux temps. Un premier paquet de mesures vise à améliorer le contrôle des coûts et les réglementations tarifaires, ainsi qu'à introduire un article relatif aux projets pilotes et un système de prix de référence pour les médicaments. La procédure de consultation débutera à l'automne 2018. Le deuxième paquet de mesures suivra en 2019. Son objectif consiste à alléger la charge de l'AOS par le biais de mesures visant les médicaments, par un approvisionnement en soins et par une meilleure transparence. Le Conseil fédéral décidera de l'aménagement concret des deux étapes et des mesures lorsqu'il lancera la procédure de consultation.

Parallèlement, il prévoit d'examiner la possibilité d'introduire un plafond contraignant assorti de sanctions si ces objectifs n'étaient pas atteints, ceci afin de responsabiliser les acteurs à l'importance de la gestion des coûts.

Stratégie dans le domaine de la sécurité sociale

Assurance-chômage

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

- Le service public de l'emploi tient à maintenir 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 est mis sur des prestations de placement du service public de l'emploi mieux adaptées aux besoins des demandeurs d'emploi et des employeurs. En outre, il est prévu de développer plus avant les services numériques et d'améliorer les mesures relatives au marché du travail (MMT).
- Ces prochaines années, il faudra développer la transparence du marché du travail en veillant à ce que les demandeurs d'emploi et les employeurs aient accès à tout moment à une information très complète et de qualité. L'obligation d'annoncer les emplois vacants, qui entre en vigueur le 1^{er} juillet 2018, contribuera à atteindre cet objectif.
- Il convient de maintenir le principe d'une exécution décentralisée de la LSE et de la LACI 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 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 :

- Champ 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. En 2017, des guides pratiques ont été rédigés et des études ont été menées concernant les mesures d'encouragement précoce et les démarches permettant de réduire la dépendance des jeunes et des jeunes adultes à l'aide sociale. En outre, les résultats des projets pilotes et des projets modèles ayant bénéficié d'un soutien ont été analysés et regroupés.
- Champ d'action « **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 ont débouché en 2017 sur la mise en place d'un outil pratique favorisant la collaboration entre les

organismes de la sécurité sociale et les EISP.

- Champ d'action « **Conditions de vie** » : des études sont menées dans ce champ d'action, sur les thèmes du logement, de la pauvreté des familles et de la prévention de l'endettement, travaux qui débouchent sur l'élaboration d'informations destinées aux personnes touchées par la pauvreté et sur la création d'instruments pratiques pour les acteurs de terrain. En 2017, l'accent a été mis sur la mise en place d'une orientation relative aux offres de soutien dans le domaine de l'aide au logement pour les personnes socialement défavorisées.
- Champ d'action « **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. Il faut également mesurer les résultats et les effets du programme national de lutte contre la pauvreté. En 2017, une agence externe a été chargée de procéder à son évaluation.

Fin 2017, la plupart des projets du programme étaient sur le point d'être achevés. L'ensemble des résultats devront être regroupés et diffusés en 2018. La conférence finale du programme se tiendra en septembre 2018. Sur la base d'une évaluation des mesures réalisées dans le cadre du programme, le Conseil fédéral a décidé en avril 2018 de poursuivre les activités de prévention et de lutte contre la pauvreté au terme du programme, en coopération avec les cantons, les villes, les communes et des organismes privés.

Affaires internationales

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 immigrer 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 n'ait aucune 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 législation : assujettissement à une seule législation nationale, égalité de traitement entre nationaux et étran-

Stratégie dans le domaine de la sécurité sociale

gers, 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 créer les conditions 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.

Numérisation

Les progrès technologiques de la numérisation permettent de plus en plus le traitement automatique d'une grande quantité d'informations. Cette évolution a des conséquences non seulement sur l'organisation des modèles d'affaires et des processus de production, mais aussi sur le marché du travail, tant au niveau de la définition des tâches que des compétences requises par les employeurs et offertes par les employés.

En Suisse, comme dans la plupart des pays, le marché du travail est régulé par le droit qui opère diverses distinctions juridiques, notamment entre travail salarié et travail indépendant. La création de nouvelles formes d'emploi, lorsque l'offre et la demande se rencontrent directement par l'intermédiaire de plateformes ou dans le cadre de l'économie dite du partage, et la dissolution possible des frontières traditionnelles entre travail salarié et travail indépendant représentent autant de défis pour les assurances sociales.

L'objectif de la sécurité sociale n'est pas à revoir. Il reste celui d'attribuer des revenus de remplacement ou des suppléments de revenus à des groupes particuliers de personnes qui ont perdu leur travail ou qui ne sont pas ou plus en mesure de subvenir elles-mêmes à leurs besoins. Le système de sécurité sociale est régi par des normes juridiques précises. Il s'agit d'évaluer si celles-ci peuvent être assouplies, afin de ne pas empêcher la création de nouveaux emplois. Cependant, il faut veiller à ne pas créer un système entraînant une précarité et une sous-couverture d'assurance pour les personnes concernées.

L'analyse du besoin d'adaptation du système suisse de sécurité sociale afin de juger de la nécessité d'en augmenter sa flexibilité fait actuellement l'objet d'un mandat du Conseil fédéral, qui a chargé le DFI, et en particulier l'OFAS, de lui présenter un rapport sur le sujet d'ici à la fin de l'année 2019. Les travaux, qui seront menés conjointement avec le DEFR, le DFJP et le DFF, examineront la nécessité d'agir sur la base d'une analyse des possibilités et des limites du droit actuel des assurances sociales pour faire face aux enjeux de la transition numérique sur le marché du travail. Il s'agira d'évaluer et de proposer diverses options qui permettraient d'offrir des solutions aux problèmes que le système actuel des assurances sociales n'est pas en mesure de résoudre. Les options à considérer ne devront conduire ni à une augmentation des risques de précarité des individus ni à des reports de charges financières des entreprises sur les collectivités publiques (PC, aide sociale).

Stratégie dans le domaine de la sécurité sociale

Survol par branches

| | | |
|-------------|---|----|
| AVS | Assurance-vieillesse et survivants | 26 |
| AI | Assurance-invalidité | 32 |
| PC | Prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI | 40 |
| PP | Prévoyance professionnelle | 44 |
| AMal | Assurance-maladie | 50 |
| AA | Assurance-accidents | 60 |
| AM | Assurance militaire | 64 |
| APG | Allocations pour perte de gain | 68 |
| AC | Assurance-chômage | 72 |
| AF | Allocations familiales | 76 |

AVS Assurance-vieillesse et survivants

1 Chiffres clés actuels de l'AVS

| | |
|-------------------------------|-----------------------|
| Recettes 2017 | 44'379 mio fr. |
| Dépenses 2017 | 43'292 mio fr. |
| Résultat 2017 | 1'087 mio fr. |
| Compte de capital 2017 | 45'755 mio fr. |

| | | |
|--|------|------------------|
| Rente de vieillesse maximale | 2018 | 2'350 fr. |
| Rente de vieillesse minimale | 2018 | 1'175 fr. |
| Montant moyen de la rente de vieillesse, en Suisse | 2017 | 1'853 fr. |

| | |
|--|------------------|
| Bénéficiaires de rentes de vieillesse | 2'324'849 |
| Bénéficiaires de rentes de survivants | 186'323 |

Bénéficiaires en Suisse et à l'étranger, en décembre 2017

| | | |
|---------------------------|------|---------------|
| Rapport de dépendance AVS | 1990 | 26,7 % |
| | 2017 | 30,4 % |
| | 2030 | 41,3 % |

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

En 2017, l'AVS présentait un résultat de répartition négatif (-1039 millions de francs) pour la quatrième 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 2016/2017 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 et atteindre 1,1 milliard en 2017.

Évolution en 2017

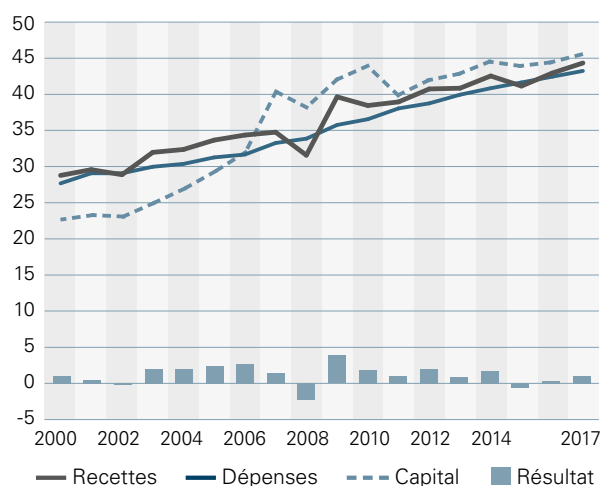
À fin 2017, la fortune de l'AVS se montait à 45,8 milliards de francs, ce qui correspond à 106 % des dépenses d'une année (contre 105 % l'année précédente).

Le résultat de répartition – hors produit courant du capital – a continué de se détériorer, tombant à -1039 millions de francs. Si l'on ne considère que les affaires d'assurance (hors produit des placements), c'est la quatrième année consécutive que les résultats sont négatifs.

Les dépenses au titre des prestations sociales ont augmenté de 1,8 % en 2017 (contre +1,9 % l'année précédente). En chiffres absolus, les dépenses de l'AVS se sont chiffrées à 43 292 millions de francs ; elles ont été affectées à hauteur de 98,7 % aux rentes, dont 95,6 % pour les rentes de vieillesse et 4,4 % pour les rentes de survivants.

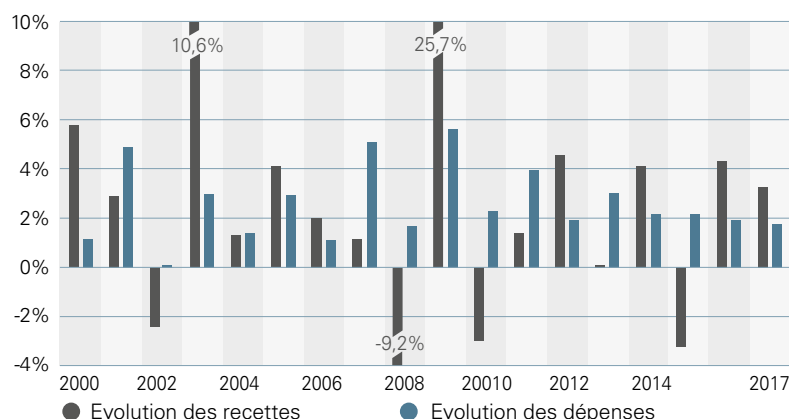
En comparaison, l'évolution des recettes liées à l'assurance – cotisations des assurés (+0,9 %) et contributions des pouvoirs publics (+1,9 %) – a été globalement plus faible.

2 Recettes, dépenses, résultat et capital de l'AVS, de 2000 à 2017, 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 et en 2017, se chiffrant à respectivement 438 et 1087 millions de francs. Durant la période de 2000 à 2015, seules les recettes de 2002, année de la crise des valeurs technologiques, et de 2008 avaient été inférieures aux dépenses. Grâce au produit courant du capital de 664 millions de francs et aux variations des valeurs en capital de 1462 millions de francs, la fortune de l'AVS s'est montée à 45,8 milliards de francs à fin 2017, dépassant le résultat record de 2014 (44,8 milliards de francs).

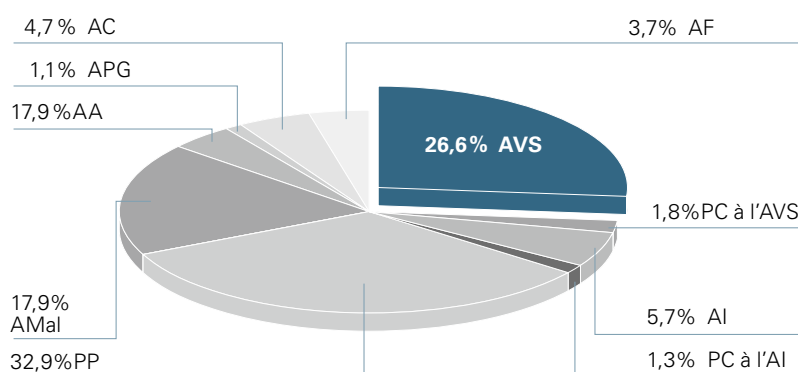
3 Evolution des recettes et des dépenses de l'AVS, de 2000 à 2017



En 2017, les recettes et les dépenses de l'AVS ont légèrement diminué par rapport à l'année précédente. Les recettes de l'AVS, variations de valeur du capital comprises, ont augmenté de 3,3 %. Les dépenses ont progressé de 1,8 %, soit un peu moins que de 2014 à 2016.

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

4 L'AVS dans le CGAS 2016

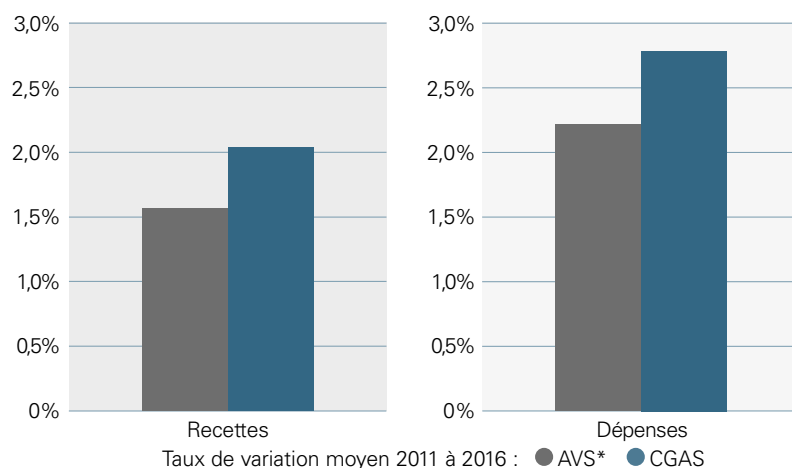


Dépenses 2016 : 159,3 mia de fr.

Mesurée à l'aune des dépenses, l'AVS se place, avec 26,6 %, au deuxième rang des assurances sociales.

Ses dépenses ont été affectées à hauteur de 98,7 % aux rentes, dont 95,6 % aux rentes de vieillesse et 4,4 % aux rentes de survivants.

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



Recettes de 2011 à 2016 : Le taux de croissance moyen des recettes de l'AVS (1,6 %) a été inférieur à celui des recettes du CGAS (2,1 %).

Dépenses de 2011 à 2016 : Les dépenses au titre de l'AVS représentent le deuxième volume le plus important des dépenses du CGAS. De ce fait, leur évolution (2,2 %) a une grande incidence sur le développement des dépenses CGAS (2,8 %).

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

Source : SAS 2018 (parution automne 2018), OFAS, et www.ofas.admin.ch

AVS Assurance-vieillesse et survivants

Finances

Compte d'exploitation 2017 de l'AVS, en millions de francs

| | 2017 | Variation 2016/2017 |
|---|---------------|------------------------|
| Recettes | 44'379 | 3,3% |
| Cotisations des assurés et des employeurs | 31'143 | 0,9% |
| Contributions des pouvoirs publics | 11'105 | 1,9% |
| Confédération | 8'464 | 1,8% |
| TVA | 2'369 | 2,7% |
| Imposition des maisons de jeu | 272 | -0,5% |
| Produit des placements | 2'126 | 76,4% |
| Produit courant du capital | 664 | 6,8% |
| Variations de valeur du capital | 1'462 | 150,5% |
| Produit des actions récursives | 5 | -11,4% |
| Autres recettes | 0 | - |
| Dépenses | 43'292 | 1,8% |
| Prestations en espèces | 42'882 | 1,7% |
| Rentes ordinaires | 42'703 | 1,6% |
| Rentes extraordinaires | 6 | -8,5% |
| Transferts et remboursement de cotisations aux étrangers | 53 | -8,0% |
| Allocations pour impotent | 586 | 2,6% |
| Allocations de secours aux Suisses de l'étranger | 0 | -18,0% |
| Créances en restitution, net | -467 | 6,0% |
| Coûts des mesures individuelles | 84 | 3,6% |
| Subventions à des institutions et organisations | 116 | 27,3% |
| Frais de gestion | 13 | 4,3% |
| Frais d'administration | 196 | 2,8% |
| Résultat d'exploitation | 1'087 | 147,9% |
| Résultat de répartition (hors produit des placements) | -1'039 | -35,5% |
| Résultat selon le CGAS (hors variation de valeur du capital) | -375 | -158,4% |
| Capital | 45'755 | 2,4% |

Les recettes de l'AVS ont globalement augmenté de 3,3 % en 2017, passant de 42 969 à 44 379 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 1,2 % par rapport à l'année précédente, pour atteindre 42 253 millions de francs. Globalement, les cotisations des assurés et des employeurs ont augmenté de 0,9 % par rapport à l'année précédente, les cotisations salariales progressant de 1,2 %, les cotisations personnelles (des indépendants et des personnes sans activité lucrative) diminuant de 1,1 % et la part des cotisations prélevées sur les indemnités de chômage reculant de 3,5 %. Les recettes provenant des cotisations ont couvert en tout 71,9 % des dépenses de l'assurance.

La Confédération participe aux dépenses de l'AVS à raison de 19,55 %. Sa contribution a progressé de 1,8 % pour s'établir à 8 464 millions de francs. Les recettes provenant de la TVA, c'est-à-dire le point lié à la démographie, ont nettement augmenté (+2,7 %), passant à 2 369 millions de francs.

Les dépenses totales de l'AVS se sont accrues de 1,8 %, pour atteindre 43 292 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. Cel-

les-ci ont atteint 42 882 millions de francs, enregistrant une hausse de 1,7 %. Cette augmentation est due à l'évolution démographique (nombre de retraités). Avec une hausse de 2,6 %, 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 410 millions de francs, ce qui représente une hausse de 34 millions de francs ou de 9 % 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 -1 039 millions de francs ; il était de -767 millions de francs en 2016.

Avec des recettes globales de 44 379 millions de francs et des dépenses de 43 292 millions, le compte d'exploitation de l'AVS boucle sur un excédent de 1 087 millions de francs. Le compte de capital de l'AVS augmente dans la même proportion pour s'établir à 45 755 millions de francs (fin 2016 : 44 668 millions de francs).

Réformes

Adaptation à l'évolution des salaires et des prix

Le 16 juin 2017, l'Assemblée fédérale a adopté 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).

- La loi sur les fonds de compensation prévoit l'instauration d'un établissement de droit public (compenswiss) avec inscription au registre du commerce pour l'administration des fonds de compensation AVS/AI/APG. Ces derniers sont dotés d'un statut juridique clair afin de mieux garantir le respect des principes de bonne gouvernance, de transparence et de surveillance.
- 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, la 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.

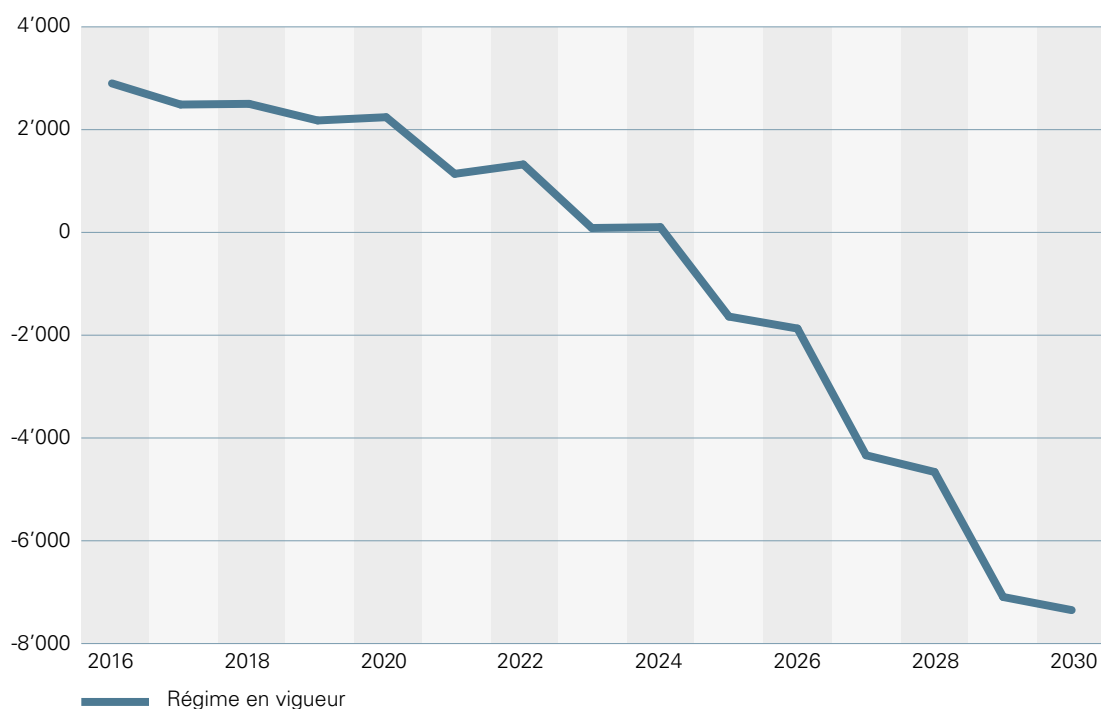
La loi sur les fonds de compensation entre en vigueur progressivement : le 1^{er} janvier 2018, le Conseil fédéral l'a partiellement mise en vigueur et a lancé les travaux en vue du passage des trois fonds de compensation dans le nouvel établissement. Ce dernier entamera son activité opérationnelle le 1^{er} janvier 2019. À partir de cette date, il sera doté d'une personnalité juridique propre, tandis que les trois fonds de compensation perdront la leur. Jusqu'à la mise en exploitation opérationnelle de l'établissement, les trois fonds de compensation continuent d'être administrés dans le cadre des structures existantes.

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.

Évolution du résultat de répartition de l'AVS, en millions de francs (aux prix de 2018)



Résultat de répartition : recettes hors produits du capital, moins les dépenses
Ajustées sur le décompte 2017, état en mars 2018

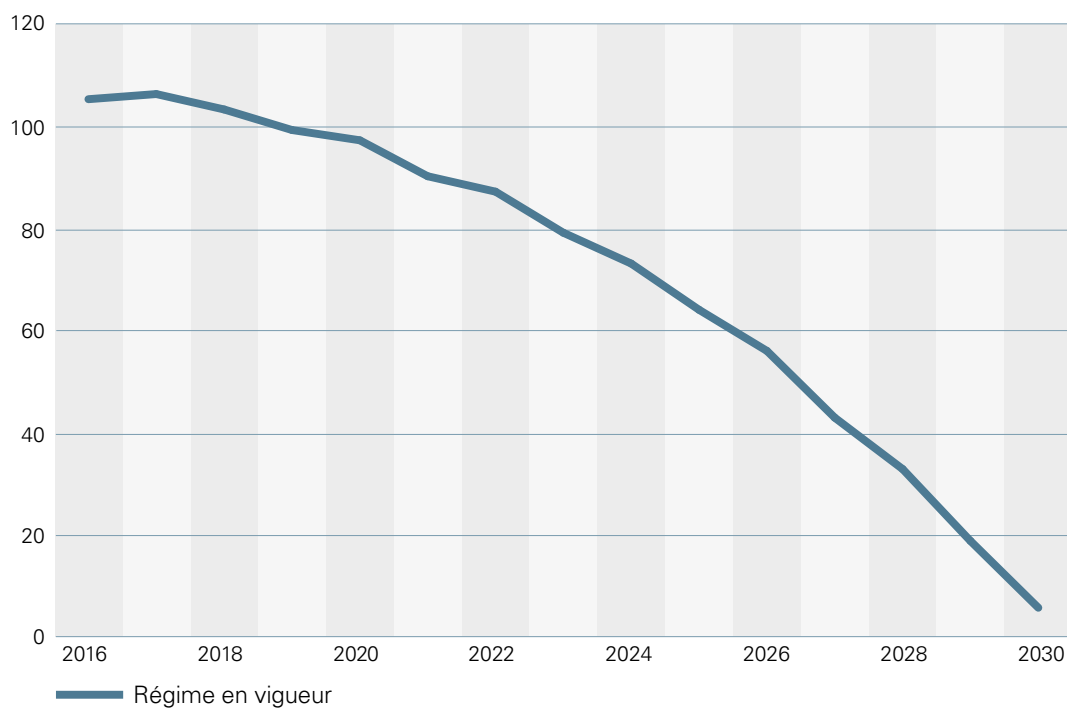
¹ Les chiffres actuels peuvent être consultés sur le site www.ofas.admin.ch → Assurances sociales → AVS → Finances → Perspectives financières de l'AVS.

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 2018, 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 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.

Capital de l'AVS en % des dépenses (aux prix de 2018)



Compte de capital de l'AVS, en % des dépenses
Ajustées sur le décompte 2017, état en mars 2018

AI Assurance-invalidité

1 Chiffres clés actuels de l'AI

| | |
|--------------------------------------|---------------------------|
| Recettes 2017 | 10'357 mio de fr. |
| Dépenses 2017 | 9'234 mio de fr. |
| Résultat 2017 | 1'122 mio de fr. |
| Fonds de compensation AI 2017 | 5'000 mio de fr. |
| Dettes envers l'AVS 2017 | -10'284 mio de fr. |

| | | |
|--|------|------------------|
| Rente d'invalidité maximale | 2018 | 2'350 fr. |
| Rente d'invalidité minimale | 2018 | 1'175 fr. |
| Montant moyen de la rente d'invalidité en Suisse | 2017 | 1'475 fr. |

| | |
|---|---------------|
| Bénéficiaires de rentes d'invalidité | 24'216 |
| Rentes pour enfant, nombre d'enfants | 67'270 |

Bénéficiaires en Suisse et à l'étranger, décembre 2017

| Probabilité de percevoir une prestation de l'AI, 2017 | |
|---|--------------|
| 10 à 19 ans | 8,7% |
| 30 à 39 ans | 3,9% |
| 50 à 59 ans | 10,7% |

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 2017 pour s'établir à 219 000.

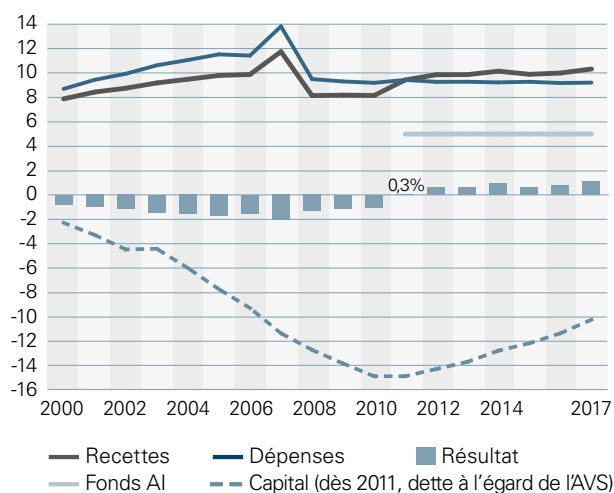
Évolution en 2017

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 a été versée au Fonds AVS pendant la période de relèvement de la TVA. En 2017, l'AI a ainsi été en mesure, pour la sixième fois depuis 2012, d'utiliser son excédent (1 122 millions de francs) pour réduire le solde de sa dette envers l'AVS, laquelle se chiffrait à 10 284 millions de francs à fin 2017.

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 2017 (325 millions de francs). Les cotisations des assurés ont également progressé de 0,9 % en 2017. Après une légère baisse en 2016, les recettes ont augmenté de 3,3 %.

Les dépenses se sont montées à 9 234 millions de francs en 2017 ; 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.

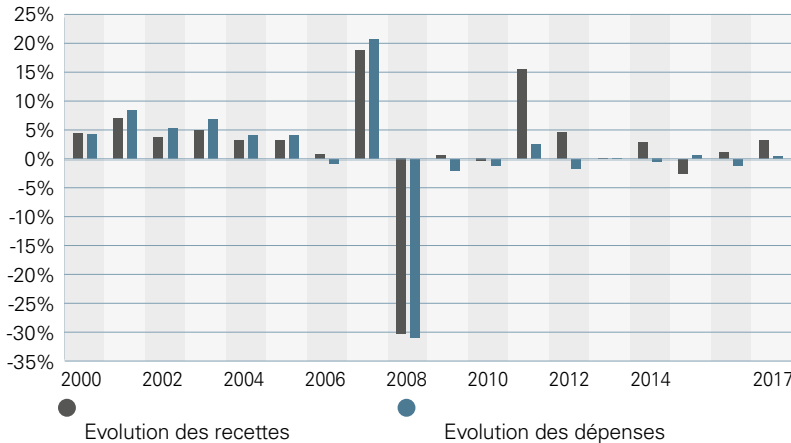
2 Recettes, dépenses, résultat et capital de l'AI de 2000 à 2017, en milliards de francs



En 2017, pour la sixième 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 96 millions de francs par rapport à 2009, 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 10 284 millions de francs, a été rendue possible par les excédents enregistrés de 2012 à 2017.

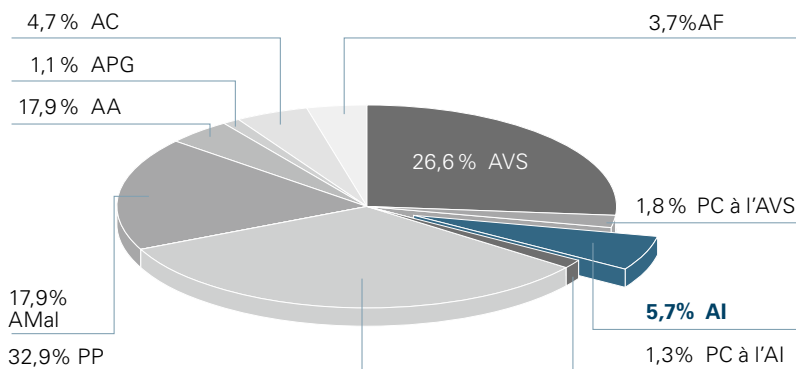
3 Evolution des recettes et des dépenses de l'AI de 2000 à 2017 (avec la RPT)



Depuis 2011, on constate une tendance à la hausse des recettes et un recul des dépenses. Cette tendance s'est confirmée en 2017 avec une progression des recettes (+3,3 %) et une baisse des dépenses (-0,4 %). Le résultat des placements (produit du capital et variations de valeur du capital), qui était passé de 238 millions en 2014 à -31 millions de francs en 2015, a de nouveau atteint 131 millions de francs en 2016 et 325 millions en 2017.

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

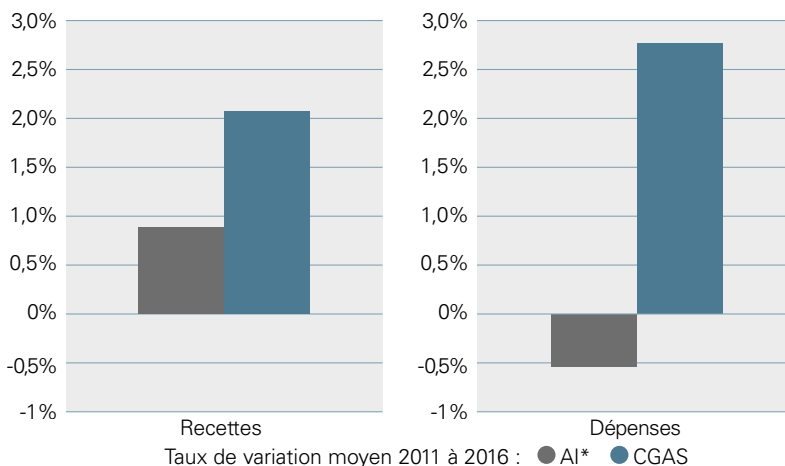
4 L'AI dans le CGAS 2016



Dépenses 2016 : 159,3 mia de fr.

Mesurée à l'aune des dépenses, l'AI se place, avec 5,7 %, en quatrième position parmi les assurances sociales. Ces dépenses sont consacrées pour 91,2 % aux prestations sociales, tandis que les frais de gestion et d'administration ainsi que les intérêts de la dette représentent 8,8 %.

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



Recettes de 2011 à 2016 : Le taux de croissance moyen des recettes de l'AI (0,9 %) a été nettement inférieur à celui des recettes du CGAS (2,1 %). Par conséquent, la part des recettes de l'AI dans celles du CGAS diminue.

Dépenses de 2011 à 2016 : De 2011 à 2016, les dépenses de l'AI ont reculé de 0,5 % par année, ce qui a donc freiné le développement des dépenses CGAS (+2,8 %). 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 2018 (parution automne 2018), OFAS, et www.ofas.admin.ch

AI Assurance-invalidité

Finances

Compte d'exploitation 2017 de l'AI, en millions de francs

| | 2017 | Variation 2016/2017 |
|---|----------------|------------------------|
| Recettes | 10'357 | 3,3% |
| Cotisations des assurés et des employeurs (y c. intérêts) | 5'218 | 0,9% |
| Contributions des pouvoirs publics | 4'768 | 2,2% |
| Confédération | 3'598 | 2,1% |
| Intérêts de la dette pris en charge par la Confédération | 28 | -6,7% |
| TVA | 1'142 | 2,7% |
| Produit des placements | 325 | 148,4% |
| Produit courant du capital | 89 | 47,2% |
| Variations de valeur du capital | 237 | 234,9% |
| Produit des actions récursives | 46 | -16,6% |
| Dépenses | 9'234 | 0,4% |
| Intérêts de la dette | 114 | -6,7% |
| Prestations en espèces | 6'483 | 0,3% |
| Dont : Rentes ordinaires | 4'676 | -1,0% |
| Rentes extraordinaires | 841 | 3,1% |
| Indemnités journalières | 639 | 3,9% |
| Allocations pour impotent | 457 | 1,7% |
| Créances en restitution, net | -172 | 4,4% |
| Coûts des mesures individuelles | 1'796 | 1,5% |
| Dont : Mesures médicales | 843 | 1,8% |
| Mesures d'intervention précoce | 44 | 5,5% |
| Mesures de réinsertion | 65 | 6,0% |
| Mesures d'ordre professionnel | 583 | -1,0% |
| Contribution d'assistance | 60 | 15,8% |
| Moyens auxiliaires | 207 | 1,8% |
| Créances en restitution, net | -12 | 0,5% |
| Subventions aux institutions et organisations | 139 | -10,2% |
| Frais de gestion et d'administration | 702 | 1,8% |
| Résultat d'exploitation | 1'122 | 36,3% |
| Résultat de répartition (hors produit des placements) | 797 | 15,1% |
| Résultat selon le CGAS (hors variation de valeur du capital) | 885 | 17,7% |
| Dette envers l'AVS | -10'284 | 9,8% |
| Fonds AI | 5'000 | 0,0% |

En 2017, les recettes de l'AI ont progressé dans l'ensemble de 3,3 %, atteignant 10356 millions de francs. Sans le produit des placements, les recettes de l'assurance elle-même ont augmenté de 1,4 % par rapport à l'année précédente, pour s'établir à 10031 millions de francs. Les cotisations des assurés et des employeurs ont augmenté de 0,9 %, passant à 5218 millions de francs. Elles couvrent 56,5 % des dépenses. Pour cet exercice, la contribution de la Confédération a été déterminée pour la quatrième fois conformément à l'art. 78 LAI tel qu'il a été modifié par le 1er volet de la 6e révision de l'AI. En raison de la nette progression des recettes de la TVA, la contribution de la Confédération s'est accrue de 2,1 % 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 2017). Les contributions d'assainissement versées par la Confédération à l'AI (TVA et contribution spéciale aux intérêts) s'élèvent à 1170 millions de francs.

Au chapitre des dépenses, 6483 millions de francs (soit 70,2 %) 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 5346 millions de francs, soit 57,9 % des dépenses totales. Cette somme correspond à une baisse de 0,3 % 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 a connu une augmentation de 3,9 %, passant à 639 millions de francs, et celui des allocations pour impotent, une hausse de 1,7 %, passant à 457 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 voyage) ont augmenté de 1,5 % et représentent 19,4 % des dépenses.

Les prestations de détection et d'intervention précoces affichent un taux de croissance de 5,8 %. Les frais de gestion et d'administration ont augmenté de 1,8 %, pour atteindre 702 millions de francs. Leur part dans l'ensemble des dépenses s'élève à 7,6 %. Les intérêts que l'AI doit payer sur sa dette envers l'AVS ont diminué de 6,7 % en 2017. Les recettes totales de l'assurance couvrent 112,2 % des dépenses, de sorte que le résultat de répartition présente un excédent de 797 millions de francs.

En raison de conditions de marché favorables, les placements ont progressé et se chiffrent à 325 millions de francs. Les recettes totales ont ainsi atteint 10356 millions de francs, et le résultat d'exploitation s'est chiffré à 1122 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 9,8 %, la ramenant à 10284 millions de francs.

AI Assurance-invalidité

Réformes

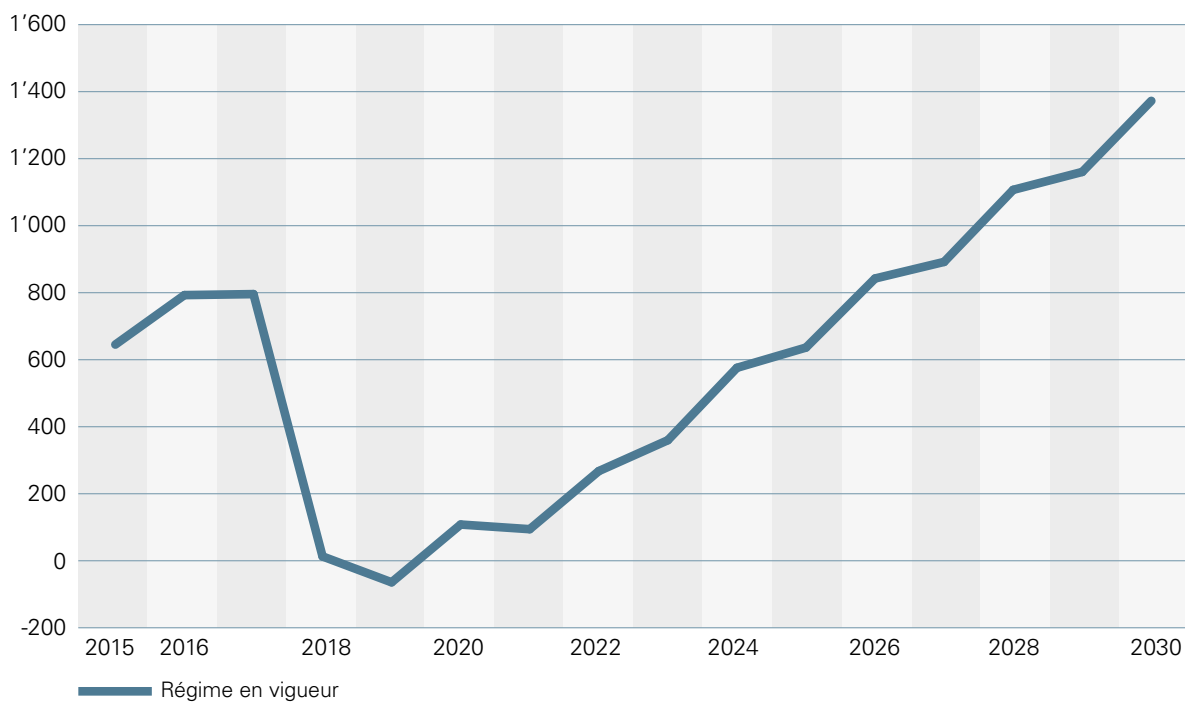
L'**évolution financière** de l'AI à moyen terme peut être estimée sur la base de ses comptes. Dans ce calcul, les dépenses et les recettes à venir sont fonction de l'évolution démographique (nombre de personnes exposées à un risque et nombre de cotisants), de l'évolution économique (évolution des salaires, 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 répar-

tition de l'AI selon le droit en vigueur. 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.

Évolution du résultat de répartition de l'AI, en millions de francs (aux prix de 2018)



Résultat de répartition : recettes hors produits du capital, moins les dépenses
Ajustées sur le décompte 2017, état en mars 2018

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.

Observations dans les assurances sociales

En octobre 2016, la Cour européenne des droits de l'homme (CrEDH) avait retenu que l'assurance-accidents suisse n'a pas de base légale suffisante pour effectuer des observations secrètes. Examinant un autre cas, le Tribunal fédéral a estimé que la situation juridique de l'assurance-invalidité n'est pas différente de celle de l'assurance-accidents et que l'arrêt de la CrEDH est aussi valable pour les observations auxquelles l'AI procède.

Par un arrêt daté du 14 juillet 2017 (ATF 143 I 377), le Tribunal fédéral a jugé que l'AI, elle non plus, n'a pas de base légale suffisamment claire et détaillée pour procéder à des observations sur les assurés soupçonnés d'abus d'assurance. L'OFAS a par conséquent ordonné aux offices AI de ne plus engager ce type de procédure et de suspendre toutes les observations en cours.

Il était prévu que la révision en cours de la LPGA crée une disposition autorisant toutes les assurances sociales à procéder à des observations. Cette disposition a entre-temps été retirée du projet de révision ; elle a été traitée et adoptée dans le cadre de l'initiative parlementaire de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des États (16.479) « Base légale pour la surveillance des assurés ». Un référendum courant jusqu'au 5 juillet 2018 a été lancé contre ce projet.

Formation élémentaire AI et formation pratique

Dans la pratique actuelle, les offices AI octroient en principe pour une durée de deux ans une formation initiale facilement accessible aux jeunes assurés souffrant d'un handicap. Dans son arrêt du 23 novembre 2016 (ATF 142 V 523), le Tribunal fédéral a jugé contraire à la loi la lettre circulaire AI no 299 qui exigeait, pour l'octroi d'une deuxième année de formation, qu'il existe de bonnes chances de déboucher sur une amélioration de la capacité de

gain ayant un impact sur la rente ou que l'on puisse attendre une insertion sur le marché ordinaire de l'emploi. La lettre circulaire AI no 356 l'a donc abrogée le 2 décembre 2016.

Lors de sa séance du 5 juillet 2017, le Conseil fédéral a approuvé un rapport qui donne une vue d'ensemble des formations élémentaires de l'AI et de la formation pratique soutenue par l'assurance. Le rapport met en évidence l'orientation accrue de l'AI vers la réadaptation. Ce rapport a été rédigé en réponse aux postulats du conseiller national Christian Lohr (13.3615) et de la conseillère nationale Christine Bulliard-Marbach (13.3626).

Les jeunes qui, fortement atteints dans leur santé, ne sont pas en situation d'achever une formation au sens de la loi sur la formation professionnelle sont soutenus par l'AI. Ils peuvent ainsi suivre une formation élémentaire de l'AI facilement accessible ou une formation pratique dispensée par l'Association de branche nationale des institutions pour personnes avec handicap (INSOS). Le rapport du Conseil fédéral présente le système de la formation professionnelle suisse et la formation professionnelle facilement accessible orientée sur la pratique. Il montre également le développement des prestations accordées par l'AI aux jeunes qui effectuent une formation professionnelle initiale de ce type et donne des chiffres sur l'évolution des coûts et la durée de ces formations. Il renvoie enfin aux mesures prévues dans la prochaine réforme concernant le développement continu de l'AI.

Adaptations de la méthode mixte

Le taux d'invalidité des personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel est calculé au moyen de la méthode mixte. Autrement dit, les conséquences d'une atteinte à la santé sur l'exercice d'une activité lucrative et sur l'accomplissement des travaux habituels (tâches ménagères,

par ex.) sont évaluées séparément les unes des autres. Le mode de calcul actuel revient toutefois à tenir compte de manière disproportionnée du fait que l'activité lucrative est exercée à temps partiel, ce qui conduit généralement à reconnaître un taux d'invalidité moins élevé que ce n'est le cas avec le mode de calcul utilisé pour les personnes travaillant à plein temps. Les personnes concernées par cette situation sont principalement des femmes. Dans un arrêt rendu le 2 février 2016, la CrEDH a qualifié ce mode de calcul de discriminatoire, car il pénalise les femmes qui réduisent leur taux d'occupation après la naissance d'un enfant.

Le nouveau mode de calcul accorde un poids égal aux conséquences d'une atteinte à la santé sur l'exercice d'une activité lucrative et sur l'accomplissement des travaux habituels. Dans le domaine professionnel, la détermination du taux d'invalidité se basera sur l'hypothèse d'une activité lucrative exercée à plein temps. De même, en ce qui concerne les travaux habituels, le calcul sera aussi effectué comme si la personne s'y consacrait à plein temps. Les tâches ménagères et familiales seront ainsi mieux prises en compte, ce qui renforcera les moyens de concilier vie familiale et vie professionnelle.

Le nouveau mode de calcul permettra à certaines personnes qui travaillent à temps partiel de percevoir des rentes plus élevées, car leur taux d'invalidité sera réévalué. Le nouveau mode de calcul entraînera un surcoût de l'ordre de 35 millions de francs par an pour l'AI.

Les adaptations du règlement sur l'assurance-invalidité sont entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2018.

Meilleur soutien aux familles

Les familles qui prodiguent elles-mêmes soins et assistance à leur enfant gravement malade ou lourdement handicapé bénéficient, depuis le 1^{er} janvier 2018, d'une contribution plus importante de l'assurance-invalidité.

Prodiguer à domicile des soins aux enfants malades ou handicapés représente une lourde tâche pour les parents et les personnes investies de l'autorité parentale. Ils doivent relever d'importants défis personnels, financiers et organisationnels, et prendre quotidiennement des décisions difficiles. Les possibilités existantes ne suffisent toutefois pas à les soulager. C'est la conclusion tirée par la CSSS-N dans son rapport en réponse à l'initiative parlementaire du conseiller national Rudolf Joder (12.470), qui vise à prendre des mesures pour améliorer la situation des familles concernées.

Les enfants gravement malades ou lourdement handicapés ont droit à une allocation pour impotent de l'AI, à un supplément pour soins intenses (SSI) et, dans certains cas, à une contribution d'assistance. Afin que les familles aient plus de moyens financiers à leur disposition, le montant du SSI dont ils bénéficient est désormais plus élevé. De plus, le SSI n'est plus déduit de la contribution d'assistance. Ainsi, les familles qui perçoivent ces deux prestations bénéficient d'un soutien financier nettement plus important. Selon le degré de gravité du handicap ou de la maladie, le montant du SSI a été augmenté de 470 à 940 francs par mois.

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

1 Chiffres clés actuels des PC

| | |
|--|-------------------------|
| Dépenses (= recettes) des PC à l'AVS 2017 | 2'907 mio de fr. |
| Dépenses (= recettes) des PC à l'AI 2017 | 2'032 mio de fr. |

| Eléments de calcul des PC pour les personnes seules | |
|---|-------------------|
| Besoins vitaux 2018 | 19'290 fr. |
| Loyer brut maximum 2018 | 13'200 fr. |
| Franchise sur la fortune 2018 | 37'500 fr. |
| Remboursement max. des frais de maladie et d'invalidité | |
| – Personnes à domicile 2018 | 25'000 fr. |
| – Pensionnaires en home 2018 | 6'000 fr. |

| Bénéficiaires de PC, selon le type d'habitation | |
|---|----------------|
| – Personnes à domicile 2017 | 251'522 |
| – Pensionnaires en home 2017 | 71'258 |

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 2017 a atteint 2907 millions de francs, tandis que les PC à l'AI se sont chiffrées à 2032 millions de francs.

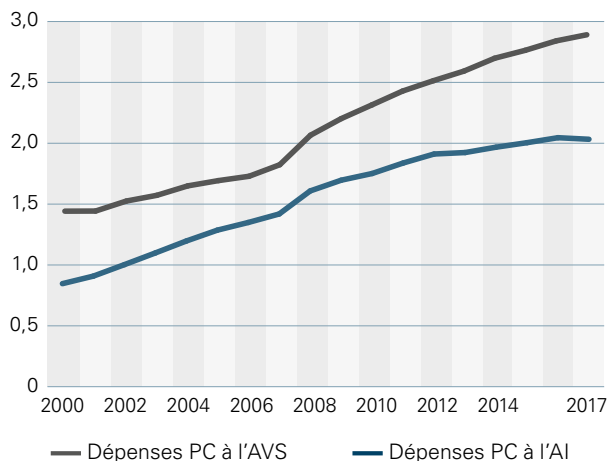
En moyenne, les PC à l'AI sont beaucoup plus importantes pour les bénéficiaires que les PC à l'AVS, car les PC améliorent six fois plus les prestations de l'AI que les rentes de l'AVS.

Évolution en 2017

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 2017 ont atteint 4939 millions de francs, dont 59 % pour les PC à l'AVS et 41 % pour les PC à l'AI. En 2017, 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 47,7 % la somme des rentes AI et 46,7 % des bénéficiaires de rentes AI en ont touché.

Les PC jouent un rôle important pour les personnes qui vivent en home. En moyenne, en 2017, une personne vivant seule chez elle percevait 1 095 francs de PC par mois, contre 3 267 francs par mois pour une personne seule vivant dans un home. En 2017, 71 258 bénéficiaires de PC vivaient dans un home et 251 522 chez eux.

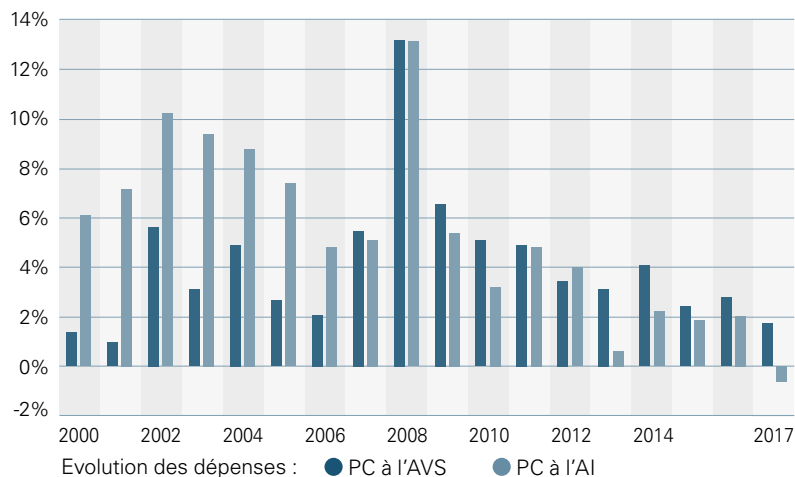
2 Dépenses (= recettes) des PC de 2000 à 2017, en milliards de francs



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 s'est réduit 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. En 2017, les dépenses des PC à l'AI ont pour la première fois reculé, ce qui s'explique par les changements de financement des prestations découlant de l'entrée en vigueur de la loi sur l'aide aux personnes en situation de handicap dans les cantons de Bâle-Ville et Bâle-Campagne.

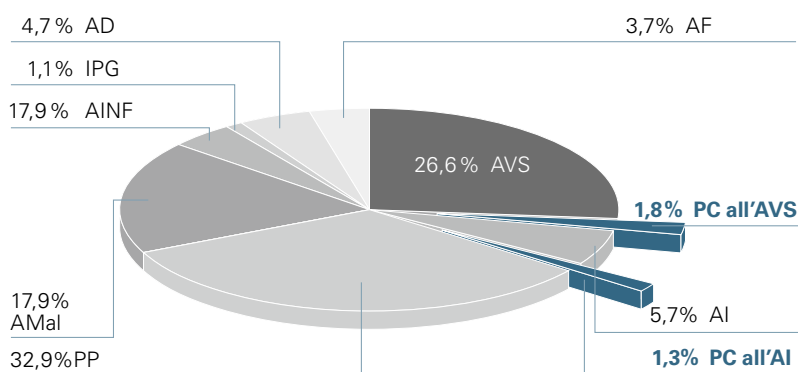
PC Prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI

3 Evolution des dépenses (= recettes) des PC de 2000 à 2017



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). Depuis 2008, les taux de croissance s'inscrivent à la baisse ; en 2017, celui des PC à l'AI est même négatif.

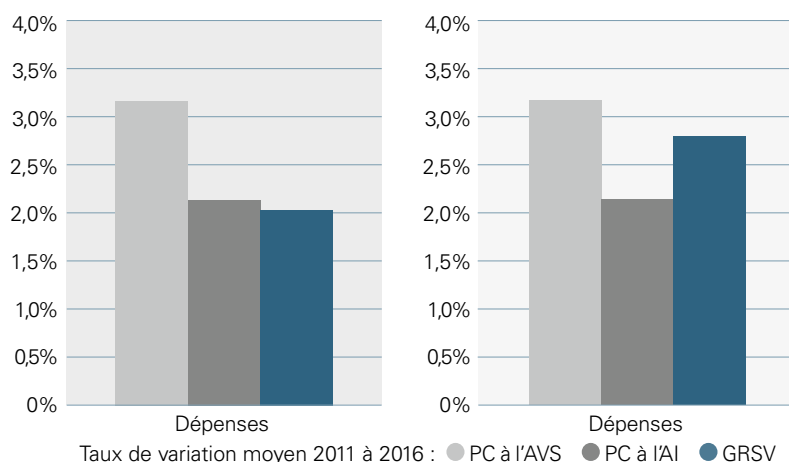
4 Les PC dans le CGAS 2016



Dépenses 2016 : 159,3 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. 58,3 % des dépenses ici considérées sont utilisées pour payer les PC à l'AVS, 41,7 % sont destinées aux PC à l'AI.

5 Evolution des PC par rapport à celle du CGAS



Recettes de 2011 à 2016 : 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 2011 à 2016 : Le taux de croissance des dépenses pour les PC à l'AVS (3,2 %) est supérieur à celui des dépenses du CGAS (2,8 %), tandis que celui des dépenses pour les PC à l'AI (2,2 %) lui est nettement inférieur. Globalement, la progression des PC a été comparable à l'augmentation des dépenses du CGAS.

Source : SAS 2018 (parution automne 2018), OFAS, et www.ofas.admin.ch

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

Finances

Finances des PC en 2017, en millions de francs

| Canton | Dépenses au titre des PC | | | Variation 2016/2017 | Subvention fédérale | | |
|---------------|--------------------------|----------------|----------------|------------------------|---------------------|--------------|--------------|
| | Total | PC à l'AVS | PC à l'AI | | Total | PC à l'AVS | PC à l'AI |
| Total | 4'939,0 | 2'906,7 | 2'032,3 | 0,8% | 1'495,4 | 753,6 | 741,7 |
| Zurich | 842,0 | 501,2 | 340,8 | 2,2% | 226,8 | 112,8 | 114,1 |
| Berne | 708,4 | 450,0 | 258,3 | 1,9% | 200,3 | 107,3 | 93,0 |
| Lucerne | 231,2 | 140,9 | 90,2 | 2,3% | 71,4 | 38,7 | 32,7 |
| Uri | 14,1 | 9,1 | 5,0 | 3,7% | 3,6 | 2,1 | 1,5 |
| Schwyz | 70,5 | 50,0 | 20,5 | 5,8% | 16,9 | 9,5 | 7,4 |
| Obwald | 15,3 | 10,6 | 4,7 | 3,2% | 4,3 | 2,5 | 1,8 |
| Nidwald | 14,0 | 8,8 | 5,2 | 4,0% | 4,1 | 2,3 | 1,8 |
| Glaris | 20,9 | 10,4 | 10,4 | 3,9% | 6,8 | 3,3 | 3,5 |
| Zoug | 45,1 | 24,6 | 20,5 | 0,8% | 11,3 | 6,0 | 5,3 |
| Fribourg | 149,2 | 88,9 | 60,3 | -1,1% | 50,0 | 26,0 | 24,0 |
| Soleure | 228,2 | 102,5 | 125,7 | -3,0% | 48,1 | 21,6 | 26,5 |
| Bâle-Ville | 224,9 | 128,9 | 96,1 | -5,1% | 76,3 | 32,1 | 44,3 |
| Bâle-Campagne | 178,0 | 110,8 | 67,2 | -12,9% | 45,0 | 18,4 | 26,5 |
| Schaffhouse | 41,1 | 23,0 | 18,0 | 3,4% | 13,2 | 6,2 | 7,0 |
| Appenzell AR | 28,6 | 15,8 | 12,8 | 4,5% | 8,6 | 4,2 | 4,4 |
| Appenzell AI | 5,3 | 3,3 | 2,0 | 3,2% | 1,4 | 0,8 | 0,6 |
| Saint-Gall | 298,2 | 175,5 | 122,7 | 3,5% | 90,6 | 45,5 | 45,2 |
| Grisons | 92,1 | 58,6 | 33,5 | 2,2% | 25,0 | 12,3 | 12,7 |
| Argovie | 245,0 | 140,3 | 104,8 | 0,7% | 77,6 | 35,8 | 41,8 |
| Thurgovie | 111,8 | 60,6 | 51,1 | -0,5% | 36,0 | 17,6 | 18,4 |
| Tessin | 218,6 | 121,8 | 96,8 | 6,1% | 115,2 | 63,3 | 51,9 |
| Vaud | 515,7 | 289,8 | 225,8 | 1,4% | 160,7 | 80,5 | 80,1 |
| Valais | 100,8 | 49,4 | 51,4 | 9,4% | 40,8 | 20,1 | 20,7 |
| Neuchâtel | 116,1 | 68,1 | 48,0 | 1,6% | 41,1 | 21,2 | 19,9 |
| Genève | 372,9 | 231,2 | 141,8 | -1,7% | 106,5 | 56,5 | 50,0 |
| Jura | 50,7 | 32,5 | 18,3 | 5,1% | 13,6 | 7,0 | 6,6 |

Source : SAS 2018 (parution fin 2018), OFAS et www.ofas.admin.ch

La Confédération octroie, par prélèvement sur ses ressources générales, des subventions aux cantons pour le financement des PC à l'AVS et à l'AI. Elle assume $\frac{5}{8}$ du minimum vital couvert par les PC annuelles. Pour les personnes qui vivent chez elles, l'intégralité des PC sert à garantir le minimum vital, tandis que pour les pensionnaires d'un home, seule une partie est utilisée à cette fin. La part des PC annuelles versée aux personnes vivant en home qui sert à la couverture du minimum vital est 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 2017, soit 4 939,0 millions de francs, la Confédération a pris en charge 1 495,4 millions (30,3 %) et les cantons 3 443,6 millions de francs (69,7 %). Sur le total des dépenses des PC à l'AVS, 753,6 millions de francs ont été à la charge de la Confédération et 2 153,1 millions, à celle des cantons. Pour ce qui est des PC à l'AI, la répartition a été la suivante : 741,7 millions de francs à la charge de la Confédération et 1 290,5, à celle des cantons. Enfin, en ce qui concerne les frais d'administration, la Confédération a versé au total 36,4 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). En mars 2017, la commission du Conseil des États a décidé d'intégrer ces modifications dans la réforme des PC.

Le 16 septembre 2016, le Conseil fédéral a adopté le message sur la réforme des PC. Le Conseil des États a été la première chambre à débattre, durant la session d'été 2017, de ce projet et de celui relatif aux montants maximaux du loyer. Le Conseil national a statué sur la question lors de la session de printemps 2018.

Perspectives

Le Parlement continuera d'examiner en 2018 la réforme des PC et le projet concernant le montant maximal du loyer pouvant être pris en compte. Ce projet devrait entrer en vigueur au 1^{er} janvier 2020.

PP Prévoyance professionnelle

Dernières données disponibles : 2016

1 Chiffres clés actuels de la PP

| | |
|-------------------------------|---------------------------|
| Recettes 2016 | 68'396 mio de fr. |
| Dépenses 2016 | 52'663 mio de fr. |
| Résultat 2016 | 15'733 mio de fr. |
| Compte de capital 2016 | 816'600 mio de fr. |

| Prestations (partie obligatoire) | 2017 | 2018 |
|---|---------------|---------------|
| Intérêt de l'avoir de vieillesse | 1,00 % | 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 2016 | |
|----------------------------|----------------|
| Rentes de vieillesse | 744'977 |
| Rentes d'invalidité | 119'500 |
| Rentes de veuve/veuf | 188'012 |
| Rentes d'enfants/orphelins | 61'367 |

Grâce à un résultat des comptes de 16 milliards de francs et à des gains de valeur du capital de 21 milliards de francs, la fortune de la PP a grimpé de 37 milliards de francs en 2016. Le capital géré par les caisses de pension a atteint 817 milliards de francs, dépassant ainsi pour la première fois les 800 milliards de francs.

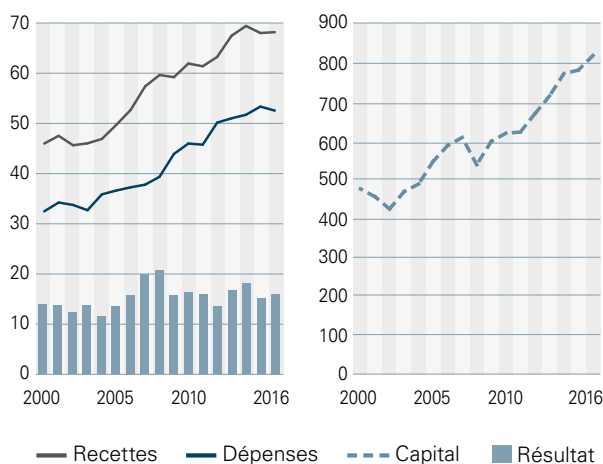
Évolution en 2016

Une stagnation des recettes associée à un léger recul des dépenses a permis une augmentation de 1 milliard de francs du résultat des comptes de la PP, qui atteint ainsi 16 milliards.

Du côté des recettes, les versements uniques des employeurs enregistrent une baisse frappante de 30 % en 2016. Le rendement courant du capital s'est maintenu à 14 milliards de francs et représente encore 20 % des recettes. La composante majeure des recettes, à savoir les cotisations des assurés et des employeurs, a progressé de 2 %, soit à son rythme usuel.

La principale conséquence en matière de dépenses résulte de la baisse de 30 % des paiements nets à des assurances. La diminution de ce solde s'explique par la hausse des prestations des assurances aux institutions de prévoyance – plus précisément à leurs assurés, et non par le recul des paiements nets à des assurances. La chute des versements en espèces (-49 %) est elle aussi remarquable. Les prestations sociales se sont accrues de 3 %, soit dans une mesure semblable à celle des années précédentes. Les frais de gestion de la fortune intégralement saisis pour l'exercice sous revue (+4 %) ont pour la première fois atteint 4 milliards de francs.

2 Recettes, dépenses, résultat et capital de la PP de 2000 à 2016, en milliards de francs



Après une hausse de 9 milliards de francs en 2015, la fortune de la PP a augmenté de 37 milliards en 2016. 2015 avait 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 globalement positive du capital.

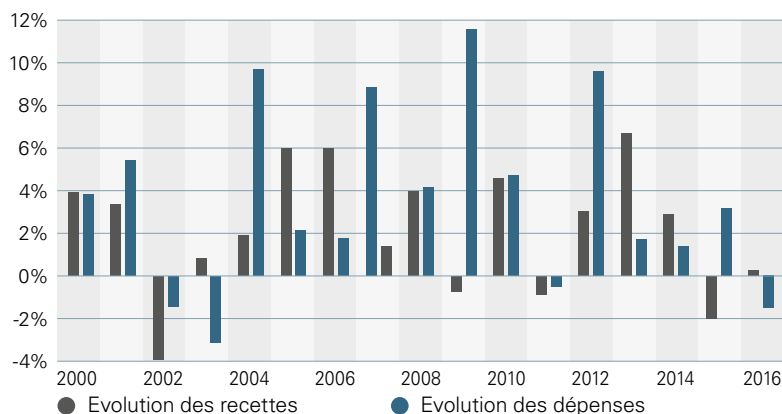
En termes de PIB, le capital des institutions de prévoyance a atteint en 2016 un nouveau record avec 123,9 %, dépassant ainsi celui de l'année précédente (119,2 %).

La comparaison des rentes et du produit courant du capital montre que ce dernier constitue une part toujours plus faible du financement : il finançait 82 % des rentes en 2000, contre à peine 38 % en 2016.

PP Prévoyance professionnelle

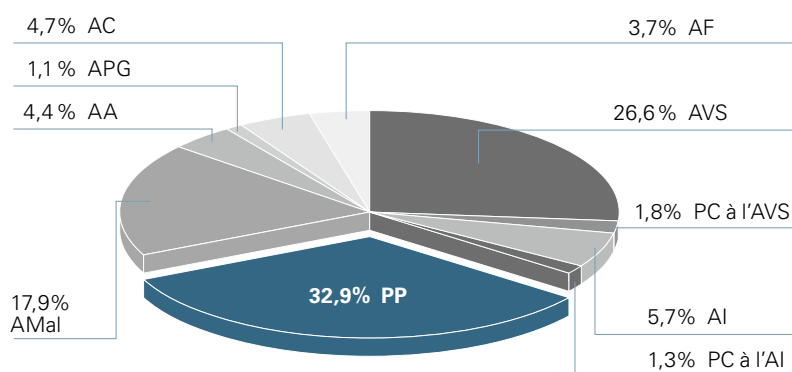
Dernières données disponibles : 2016

3 Evolution des recettes et des dépenses de la PP de 2000 à 2016



En 2016, les recettes ont stagné et les dépenses ont légèrement reculé. Le résultat des comptes est ainsi passé de 15 à 16 milliards de francs. Les taux de variation présentent une dynamique faible depuis 2014. Les taux de croissance élevés des dépenses, notamment en 2009 et en 2012, résultent du solde fortement variable des prestations de libre passage. Pour des raisons techniques, ces opérations doivent être inscrites dans le compte d'exploitation.

4 La PP dans le CGAS 2016

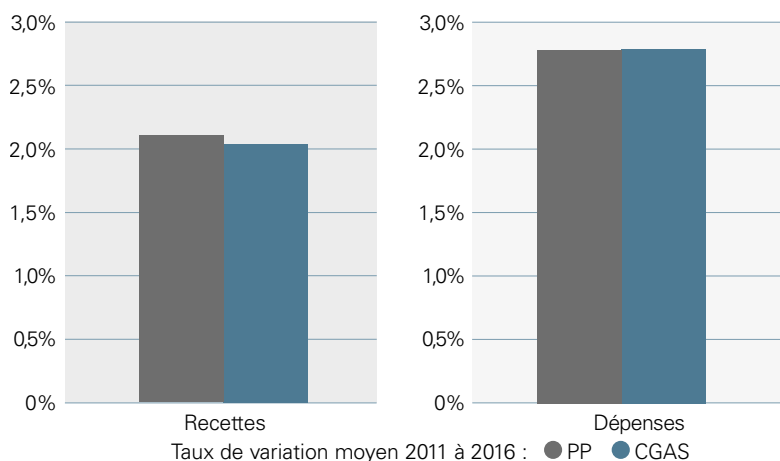


Dépenses 2016 : 159,3 mia de fr.

Mesurée à l'aune des dépenses, la PP représente l'assurance sociale la plus importante, avec 32,9 %.

Les dépenses ont été affectées pour 54,7 % au versement des rentes et pour 15,0 % aux prestations en capital.

5 Evolution de la PP par rapport à celle du CGAS



Recettes de 2011 à 2016 : Le taux de croissance moyen des recettes de la PP (2,1 %) a été identique à celui des recettes du CGAS.

Dépenses de 2011 à 2016 : Les dépenses de la PP constituent la plus grande composante de celles du CGAS. Elles ont augmenté en moyenne de 2,8 %, tout comme celles du CGAS. La progression des dépenses de la PP est donc égale à celle du CGAS ; par conséquent, la part de la PP cesse d'augmenter par rapport aux dépenses de l'ensemble des assurances sociales.

Source : SAS 2018 (parution automne 2018), OFAS, et www.ofas.admin.ch

PP Prévoyance professionnelle

Finances

Finances agrégées 2016 de la PP¹, régime surobligatoire inclus, en millions de francs

| | 2016 | Variation 2015/2016 |
|---|----------------|------------------------|
| Total des recettes | 68'396 | 0,3% |
| Salariés | 18'844 | 2,7% |
| Employeurs | 28'059 | 2,1% |
| Versements initiaux (hors prestations de libre passage) | 7'622 | -10,4% |
| Produit brut du capital | 13'763 | -0,2% |
| Autres recettes | 108 | -4,1% |
| Total des dépenses | 52'663 | -1,5% |
| Rentes | 28'781 | 2,2% |
| Prestations en capital | 7'883 | 7,4% |
| Versements en espèces | 535 | -48,6% |
| Prestations de libre passage, nettes | 6'873 | -3,3% |
| Paiements nets à des assurances | 3'196 | -30,0% |
| Intérêts passifs | 368 | -7,6% |
| Dépenses administratives (y c. gestion de fortune) | 5'026 | 3,5% |
| Résultat des comptes | 15'733 | 6,6% |
| Variation du capital (y c. résultat des comptes et variations de valeur du capital) | 37'200 | 308,8% |
| Capital (apuré des crédits et des hypothèques passives) | 816'600 | 4,8% |

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

Source : SAS 2018 (parution fin 2018), OFAS et www.ofas.admin.ch

Une estimation financière de la prévoyance professionnelle a été réalisée dans le cadre du CGAS. Les données proviennent de la statistique annuelle des caisses de pensions de l'OFS. La variation de fortune de 37 milliards de francs en 2016 découle des variations de valeur du capital corrigées (21 milliards de francs) et du résultat des comptes (16 milliards de francs).

Le capital financier constitué dans le cadre de la PP comprend les 817 milliards de francs mentionnés précédemment. Il est placé par les institutions de prévoyance. Les assureurs privés – qui s'occupent totalement ou en partie de la PP pour de nombreux assurés – gèrent quant à eux un capital financier

de 206 milliards de francs. Ce montant contient les polices de libre passage, d'un montant de 7 milliards de francs. S'ajoutent à cela l'autre capital financier qui repose sur les comptes de libre passage (44 milliards de francs) et les moyens investis dans le cadre de l'encouragement à la propriété du logement (42 milliards de francs). Fin 2016, le capital constitué dans le cadre de la PP s'élevait à un total de 1 112 milliards de francs, soit à plus d'un billion de francs.

Réformes

Taux d'intérêt minimal

Le 1^{er} novembre 2017, le Conseil fédéral a décidé de ne pas réexaminer le taux d'intérêt minimal applicable dans la prévoyance professionnelle et de maintenir à 1 % le taux d'intérêt. 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 sa décision par la performance réjouissante des biens immobiliers et des actions, et par la grande faiblesse des taux d'intérêts

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 en 2017) 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 avait quitté sa caisse de pension, celle-ci devait jusqu'à présent impérativement lui verser la prestation de sortie minimale prévue par la loi sur le libre passage (LFLP), même si son avoir de prévoyance avait perdu de la valeur en raison de la stratégie de placement choisie. Autrement dit, c'est le collectif des assurés restants qui supportait la perte. Le conseiller national Stahl a déposé une motion (08.3702) le 3 octobre 2008 en vue de résoudre ce problème.

En réponse à la motion, le Conseil fédéral a élaboré le message 15.018 concernant une modification de la LFLP (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 référen-

taire a expiré en avril 2016 sans qu'il en ait été fait usage. La modification de la loi et les adaptations des ordonnances sont entrées en vigueur le 1^{er} octobre 2017. Depuis cette date, les institutions de prévoyance qui proposent différentes stratégies de placement peuvent désormais 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. Ainsi, les assurés verront leur prestation de vieillesse augmentée d'un produit de placement plus important, mais ils assumeront aussi seuls les pertes éventuelles.

En revanche, les institutions de prévoyance doivent proposer au moins une stratégie de placement à faible risque. Le Conseil fédéral a défini cette notion au niveau de l'ordonnance en mettant l'accent sur la qualité et la sécurité des placements. Mais une sécurité supérieure a son prix et il faudra en tenir compte : les placements à faible risque ne rapportent guère de rendements dans le contexte actuel caractérisé par la faiblesse des taux. Le Conseil fédéral a modifié d'autres dispositions afin de garantir le respect des principes fondamentaux de la prévoyance professionnelle dans le cas de ces plans.

Remboursement facilité des avoirs de prévoyance

Dans le cadre de l'encouragement à la propriété du logement, les assurés qui ont retiré des avoirs de leur caisse de pension pour l'achat d'un logement et qui souhaitent en reverser à nouveau à leur caisse de pension peuvent le faire uniquement par tranches d'au moins 20 000 francs. Cela pouvait avoir un effet dissuasif pour ceux qui disposent de ressources financières modestes. Au 1^{er} octobre 2017, ce montant minimal a été abaissé à 10 000 francs. Le but est de pousser les assurés à rembourser davantage le capital qu'ils ont retiré afin que

PP Prévoyance professionnelle

leur avoir de prévoyance soit plus élevé au moment où ils partiront à la retraite. Cette modification a été induite par le postulat du conseiller national Roberto Zanetti (14.3210) « Réduction du montant minimal des remboursements selon l'OEPL ».

Modernisation de la surveillance

Des informations au sujet de cette réforme se trouvent à la page 16 du présent rapport.

Réforme des PC

Des informations au sujet de cette réforme se trouvent aux pages 15 et 16 du présent rapport.

Perspectives

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 des travaux d'ordonnance. Des formulaires standards permettront d'éviter tout malentendu dans les communications des services de recouvrement aux caisses de pension. Ces réglementations et formulaires ont été mis en consultation en 2017, consultation dont les résultats sont en cours d'analyse.

AMal Assurance-maladie¹

Dernières données disponibles : 2016

1 Chiffres clés actuels de l'AMal

| | |
|--|--------------------------|
| Recettes 2016 | 28'791 mio de fr. |
| Dépenses 2016 | 28'594 mio de fr. |
| Résultat 2016 | 197 mio de fr. |
| Réserves (capital-actions compris) 2016 | 6'259 mio de fr. |

| | |
|---|--------------------------|
| Primes 2018 (par mois) | |
| Prime moyenne pour un adulte (franchise ordinaire, avec couverture accidents) | 465 fr. |
| Fourchette des primes (AI 354 fr., BS 592 fr.) | 354 fr. à 592 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 |
|--|-----------------------|

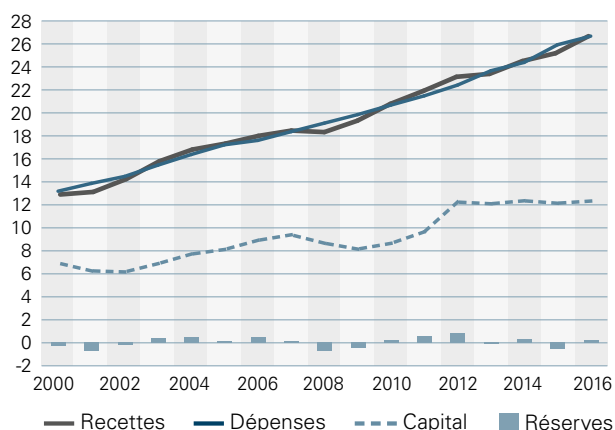
Les comptes 2016 de l'AMal se soldent par un résultat d'exploitation positif de 197 millions de francs.

Évolution en 2016

L'augmentation des dépenses (2,9 %), plus faible que celle des recettes (5,9 %), a abouti en 2016 à un résultat d'exploitation à nouveau positif, de 197 millions de francs (2015 : -607 millions). La hausse moyenne des primes a été de 4,0 % et, côté dépenses, l'augmentation des prestations a été de 4,0 % également. En 2016, les dépenses ont été affectées à des prestations d'assurance sociale à raison de 95,7 %.

Depuis l'entrée en vigueur de la LAMal en 1996, l'attention se focalise sur les primes. Leur hausse est à nouveau importante depuis 2015 (de 4 % par année), après avoir été plus modérée de 2012 à 2014 (de 2 % par année). Les deux années précédentes, la hausse avait été bien plus élevée (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 2016, en milliards de francs

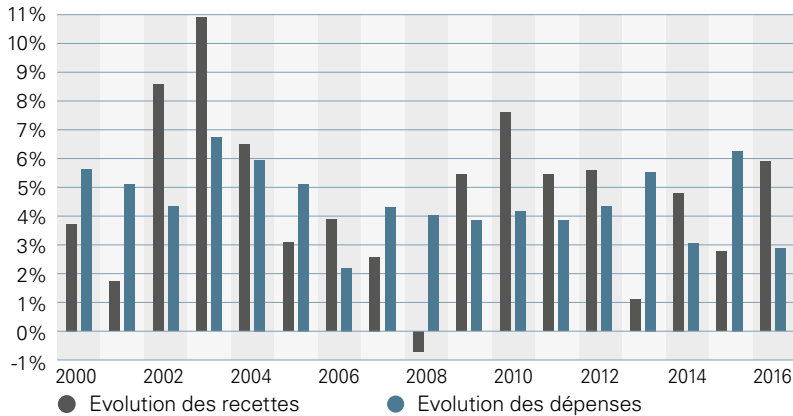


Le fait que les recettes et les dépenses de l'AMal suivent une courbe presque identique reflète le mode de financement de l'assurance (par répartition).

En 2016, les recettes de l'AMal ont été supérieures à ses dépenses. Le résultat d'exploitation, positif, a permis une augmentation du capital (réserves et provisions) de 12,3 milliards de francs.

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

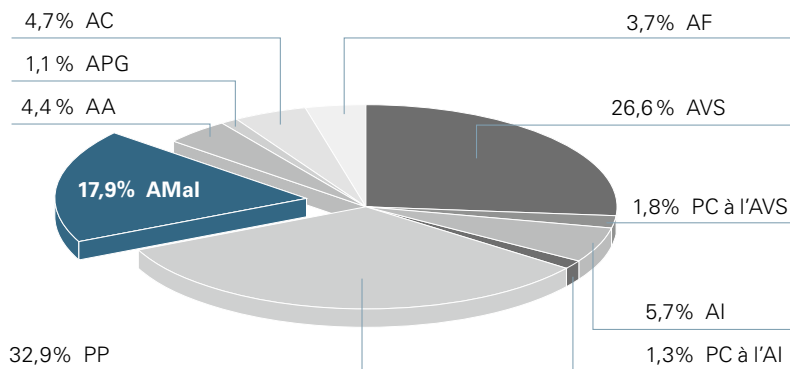
3 Evolution des recettes et des dépenses de l'AMal de 2000 à 2016



En 2016, tant les recettes de primes (+5,9 %) que le produit des placements (+74,7 %) ont augmenté, si bien que l'AMal a enregistré une progression des recettes de 5,9 %.

L'augmentation des dépenses a été de 2,9 % en 2016, deuxième valeur la plus basse depuis l'instauration de l'assurance-maladie obligatoire, alors que la troisième valeur la plus haute avait été enregistrée en 2015 avec 6,3 %. L'évolution des dépenses est déterminée par les prestations d'assurance sociale payées.

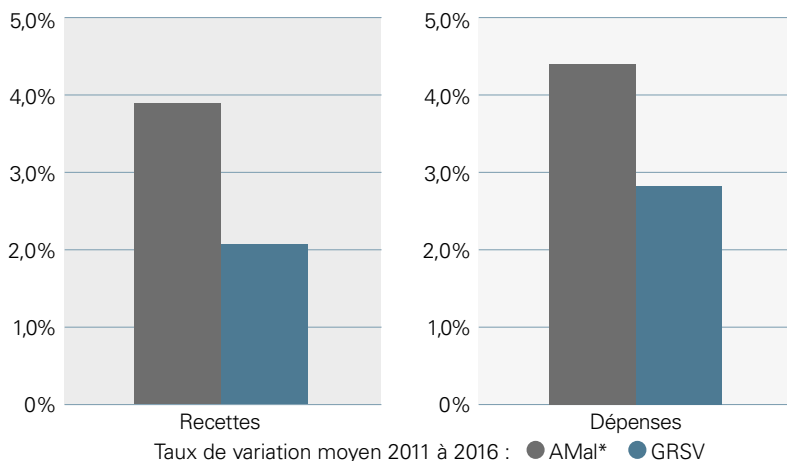
4 L'AMal dans le CGAS 2016



Dépenses 2016 : 159,3 mia de fr.

À l'aune des dépenses, l'AMal vient en troisième position des assurances sociales, avec 17,9 %. Les dépenses sont affectées à des prestations d'assurance sociale à raison de 95,7 %.

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



Recettes de 2011 à 2016 : Le taux de croissance des recettes de l'AMal (3,9 %) a été nettement supérieur à celui des recettes du CGAS (2,1 %). Les recettes de l'AMal dépendent des primes moyennes, qui ont augmenté de 2,8 % durant cette période.

Dépenses de 2011 à 2016 : Le taux d'accroissement des dépenses de l'AMal, de 4,4 %, a été nettement supérieur à celui des dépenses du CGAS (2,8 %). 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 2016, en millions de francs

| | 2016 | Variation 2015/2016 |
|--|---------------|------------------------|
| Total des recettes | 28'791 | 5,9% |
| Cotisations des assurés, sans les parts des primes des réassureurs et les réductions de primes | 24'210 | 5,9% |
| Réductions de primes et autres contributions | 4'290 | 4,4% |
| Résultat non technique ¹ | 291 | 38,6% |
| Total des dépenses | 28'594 | 2,9% |
| Prestations payées, sans les parts des prest. des réassureurs | 27'150 | 4,6% |
| Autres charges d'assurance ² | 120 | 20,8% |
| Variation des provisions pour correction des primes | 2 | -95,7% |
| Compensation des risques | -145 | -258,5% |
| Variation des provisions pour cas d'assurance non liquidés | 108 | -61,6% |
| Charges d'exploitation | 1'359 | 3,3% |
| Résultat d'exploitation | 197 | 132,5% |
| Capital | 12'329 | 1,5% |
| dont réserves (capital-actions compris) | 6'259 | 3,3% |

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 2018 (parution fin 2018), OFAS et www.ofas.admin.ch

Chiffres relatifs à la structure de l'AMal

| | 2015 | 2016 |
|--|------------------|------------------|
| Assureurs LAMal (proposant l'AOS) | 58 | 56 |
| Nombre d'assurés | 8'298'383 | 8'368'591 |
| – avec franchise ordinaire | 1'753'321 | 1'674'048 |
| – avec franchise à option | 1'137'698 | 1'065'124 |
| – avec assurance avec bonus | 4'418 | 4'093 |
| – avec choix limité des fournisseurs de prestations | 5'402'946 | 5'625'326 |
| Nombre d'assurés mis aux poursuites | 392'238 | 408'236 |
| – pour des primes d'un montant total de millions de fr. | 708 | 843 |
| Nombre d'assurés sanctionnés par suspension des prestations | 27'388 | 25'249 |
| – pour des primes d'un montant total de millions de fr. | 62 | 57 |
| Nombre d'assurés au bénéfice d'une réduction de primes | 2'222'034 | 2'278'684 |
| Montant total des réductions de primes en millions de fr. | 4'086 | 4'310 |

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). La structure tarifaire SwissDRG pour le secteur des soins hospitaliers aigus est adaptée à un rythme annuel depuis la mise en place de la version 1.0, et elle est soumise au Conseil fédéral pour approbation. Celui-ci a approuvé la version 7.0, dernière en date, le 22 novembre 2017. Le 25 octobre 2017, il a approuvé la structure tarifaire uniforme sur le plan national pour la psychiatrie hospitalière (TARPSY), qui sera appliquée dès le 1^{er} janvier 2018. La structure tarifaire uniforme sur le plan national pour la réadaptation (ST Reha) est en cours d'élaboration par la société SwissDRG SA.

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. 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. Celle-ci étudiera en profondeur les effets de la révision dans trois domaines thématiques : les coûts et le financement du système suisse de soins, la qualité des prestations hospitalières ainsi que la structure du paysage hospitalier et la garantie de l'approvisionnement en soins. Dans un rapport à l'intention du Conseil fédéral prévu pour 2019, l'Office fédéral de la santé publique présentera les résultats définitifs de l'évaluation et indiquera, s'il y

a lieu, quelles mesures seraient souhaitables pour développer encore le financement hospitalier.

Les études réalisées en 2017 peuvent être consultées à l'adresse :

<http://www.bag.admin.ch/evalfinancementhospitalier>

Pilotage du domaine ambulatoire

La limitation des admissions a été réintroduite au milieu de 2013 et a été prolongée le 17 juin 2016, pour trois ans, jusqu'au 30 juin 2019. Le Parlement a chargé le Conseil fédéral de continuer de rechercher des solutions à long terme permettant de garantir un approvisionnement en soins de qualité et de freiner l'évolution des coûts de façon ciblée. En réponse au postulat (16.3000) de la CSSS-E « Possibilités de remplacer le système actuel de gestion en matière d'admission de médecins », un rapport a été adopté le 3 mars 2017 et un projet a été mis en consultation au milieu de 2017. Après avoir analysé les résultats de la consultation, le Conseil fédéral a soumis au Parlement, le 9 mai 2018, le message concernant la modification de la LAMal (relative à l'admission des fournisseurs de prestations). L'adaptation de la réglementation des admissions devrait entrer en vigueur le 1^{er} juillet 2019.

Mesures dans le domaine des médicaments

Le 14 décembre 2015, le Tribunal fédéral a jugé que, dans le cadre du réexamen triennal des conditions d'admission de médicaments dans la liste des spécialités (LS), une comparaison thérapeutique transversale devait toujours être effectuée en plus de la comparaison de prix avec l'étranger (ATF 142 V 26). Les dispositions des bases légales relatives à la fixation des prix des médicaments de la LS entrées en vigueur le 1^{er} juin 2015 prévoyaient certes un recours accru à ce deuxième type de comparaison, mais elles ne correspondaient pas entièrement à l'arrêt du Tribunal fédéral. En conséquence,

AMal Assurance-maladie

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, après quoi les réexamens réguliers ont repris. Dans le domaine des médicaments dont le brevet est échu, le Conseil fédéral a chargé en outre le DFI de préparer la mise en place d'un système de prix de référence. Ces travaux ont pris du retard en raison de ceux liés à l'adaptation de l'ordonnance et à la reprise du réexamen triennal. Ce système sera traité dans le cadre du programme visant à freiner la hausse des coûts dans l'AOS et sera mis en consultation en 2018.

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 entrepris d'uniformiser les 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 également été adaptées dans le cadre de la modification des dispositions d'ordonnance concernant le réexamen des conditions d'admission des médicaments de la LS (voir Mesures dans le domaine des médicaments). Il y est notamment prévu d'impliquer davantage les titulaires d'autorisation dans la formation des prix, de

régler plus en détail la part relative à la distribution pour les fournisseurs de prestations et d'imposer aux assureurs de se prononcer dans les deux semaines sur les demandes de garantie de prise en charge des coûts lorsque celles-ci sont complètes. Une nouvelle évaluation de la mise en œuvre doit avoir lieu en 2020.

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

Le Conseil fédéral a soumis au Parlement en décembre 2015 le message concernant la modification de la LAMal (renforcement de la qualité et de l'économicité). Il entend accroître ainsi son engagement dans le domaine de la qualité et jouer un rôle de pilotage plus poussé dans la mise en œuvre de la stratégie nationale en matière de qualité. Les activités devraient être étendues au sein d'un réseau. Le Conseil national débattera du projet au cours de la session d'été 2018.

En outre, le Conseil fédéral a accordé des fonds pour la poursuite des programmes pilotes nationaux progress! de 2015 à 2017. Ceux-ci ont été menés par la fondation sécurité des patients suisse. Le premier programme pilote national, « La sécurité en chirurgie », lancé en 2012, a été évalué en 2015 et s'est conclu avec succès. Le deuxième, « La sécurité de la médication », et le troisième, « Réduction des infections nosocomiales », se sont également achevés avec succès. Le quatrième programme, « La sécurité de la médication en EMS », est en préparation. Il devrait être mis en œuvre en 2019 et 2020. 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.

Stratégie pour les maladies rares

Le 15 octobre 2014, le Conseil fédéral a adopté le concept national Maladies rares (CNMR), dont les objectifs principaux sont la pose d'un diagnostic dans un délai raisonnable, 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, ainsi que 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 prévoit des mesures en vue de passer, sous la direction de l'OFSP, de la situation actuelle à la situation souhaitée. Il comprend quatre projets : 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. Il était prévu que les mesures définies dans le concept seraient mises en œuvre d'ici fin 2017. Cela n'a pas été possible. Afin de remplir le mandat du Conseil fédéral, la mise en œuvre du concept se poursuivra du 1^{er} janvier 2018 au 31 décembre 2019. Un cinquième projet a été ajouté dans le cadre de cette prolongation : Réseau international pour la recherche, les diagnostics, les traitements et les soins. Grâce au travail de fond qui sera accompli jusqu'à fin 2019, les acteurs concernés devraient être en mesure de faire progresser les mesures nécessaires sans coordination de la part de la Confédération.

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

Personne ne conteste la nécessité de réviser la structure tarifaire TARMED. C'est pourquoi une partie des partenaires tarifaires (FMH, H+ et, par la suite, curafutura) travaillent depuis plusieurs années à une révision totale de celle-ci. Mais avec la résiliation du contrat-cadre relatif 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 ont convenu d'appliquer jusqu'à fin 2017 la version 1.08_BR de TARMED afin de garantir la sécurité du droit. Le Conseil fédéral a approuvé cette convention le 23 novembre 2016.

Comme les partenaires tarifaires n'étaient parvenus à s'accorder ni à l'été 2016 sur une révision totale de TARMED, ni à l'automne 2016 sur une révision partielle des domaines surévalués, le Conseil fédéral a élaboré des propositions d'adaptation de la structure tarifaire qu'il a mises en consultation du 22 mars au 21 juin 2017. Pour ce faire, il s'est appuyé notamment sur des propositions de quelques-uns des partenaires tarifaires. Après avoir analysé les résultats de la consultation, le Conseil fédéral a adopté, le 18 octobre 2017, la modification de l'ordonnance sur l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie. Par les adaptations apportées de cette manière à TARMED, il entendait corriger des prestations surévaluées et mettre en place une structure tarifaire plus appropriée. Il importait en outre de réduire les incitations indésirables afin d'éviter que des positions tarifaires soient facturées de manière excessive ou non conforme. Les modifications sont entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2018. Cette intervention s'imposait, car les partenaires tarifaires n'étaient pas parvenus à s'entendre sur une révision globale et, à partir du 1^{er} janvier 2018, il n'aurait plus existé de

AMal Assurance-maladie

structure tarifaire commune établie par tous les partenaires. Les effets et la mise en œuvre des adaptations de TARMED seront évalués dans le cadre d'un monitoring. Ces adaptations constituent une solution transitoire. La tâche de réviser ensemble l'intégralité de la structure tarifaire appartient toujours aux partenaires tarifaires.

Par la même occasion, le Conseil fédéral a fixé la structure tarifaire uniforme à l'échelle nationale applicable aux prestations de physiothérapie, afin d'éviter qu'après l'échec des négociations tarifaires, ce domaine ne se retrouve le 1^{er} janvier 2018 sans structure tarifaire convenue. Basée sur la version alors encore en vigueur, cette structure tarifaire a été légèrement ajustée. Les adaptations augmentent la transparence et réduisent les incitations inopportunes. Là aussi, il s'agit d'une solution transitoire. Les partenaires tarifaires sont appelés à réviser la structure tarifaire d'ici à septembre 2018. S'ils ne parviennent pas à un accord, ils devront soumettre au Conseil fédéral, dans les mêmes délais, des propositions d'adaptations communes ou individuelles.

Health Technology Assessments (HTA)

L'art. 32 LAMal prescrit que les prestations qui sont prises en charge par l'assurance obligatoire des soins (AOS) doivent être efficaces, appropriées et économiques (critères EAE), et être réexaminées périodiquement à la lumière de ces critères. Afin de renforcer les Health Technology Assessments (HTA), le Conseil fédéral a accordé, le 4 mai 2016, les fonds nécessaires à la mise sur pied d'une unité HTA au sein de l'OFSP. Celle-ci est constituée progressivement de 2017 à 2019. Le processus du programme HTA est géré par cette unité, qui coordonne la détermination des thèmes prioritaires, formule de premières questions à poser, puis attribue des mandats externes pour des rapports HTA et coordonne les travaux. Un petit programme pilote HTA a été mené de 2015 à 2017. Un processus sys-

tématique et transparent, à plusieurs étapes, et auquel les parties prenantes sont associées, a été développé pour la réévaluation des prestations AOS existantes. Une procédure publique de proposition de thèmes a été établie. 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 pourront ensuite influencer sur l'élaboration du processus définitif. La décision relative aux thèmes à examiner et aux prestations qui, le cas échéant, ne devraient plus être prises en charge par l'AOS appartient au DFI. Des associations, des particuliers ainsi que l'OFSP ont proposé des thèmes dans le cadre de la procédure publique 2017. À l'été 2017, trois autres thèmes à traiter ont été déterminés.

Mesures dans le domaine des moyens et appareils (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 utilisent 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. Outre une révision complète de la liste, le projet prévoit de fixer les principes d'un réexamen périodique et de déterminer des montants maximaux de remboursement. De premières mesures ont été prises : à l'été 2016 et en janvier 2017, les montants maximaux pour la prise en charge des produits pour lesquels il était le plus urgent d'intervenir ont été abaissés. D'autres adaptations ont été décidées en 2017 ; elles sont entrées en vigueur, par étapes, au cours du 1^{er} semestre 2018. La révision de la LiMA devrait être achevée d'ici fin 2019.

Médecines complémentaires

Jusqu'à fin 2017, les prestations de médecine anthroposophique, d'homéopathie, de phytothérapie et de médecine traditionnelle chinoise ont été prises en charge, à certaines conditions et sous réserve d'évaluation. Lors de sa séance du 16 juin 2017, le Conseil fédéral a adopté une modification de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal ; RS 832.102) qui met les prestations de ces médecines complémentaires sur un pied d'égalité avec celles des autres disciplines médicales dont les prestations sont remboursées par l'AOS. Ces dispositions sont entrées en vigueur le 1^{er} août 2017.

Révision de la LAMal du 30 septembre 2016 et adaptation de l'ordonnance sur l'assurance-maladie au 1^{er} janvier 2018 (adaptation de dispositions à caractère international)

Le 15 novembre 2017, le Conseil fédéral a adopté une modification de l'OAMal qui, entre autres, met en œuvre la révision de la LAMal décidée par le Parlement le 30 septembre 2016 (FF 2016 7405 ; adaptation de dispositions à caractère international). Simultanément, il a mis cette révision de loi en vigueur.

Celle-ci 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 reçus par les assurés dans les zones frontalières étrangères. Cette modification apporte un certain assouplissement du principe de territorialité en vigueur dans l'assurance-maladie. En outre, deux motions ont été mises en œuvre pour ce qui est du choix du fournisseur de prestations et de la prise en charge des coûts des traitements ambulatoires pour toutes les personnes assurées en Suisse : les coûts seront dans tous les cas pris en charge par les assureurs-maladie selon le tarif applicable au fournisseur de

prestations choisi par l'assuré. Ces modifications, ainsi que d'autres adaptations de l'OAMal, sont entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2018. Quelques règles concernent les personnes qui résident dans un État membre de l'UE, en Islande ou en Norvège et qui sont assurées en Suisse (appelées assurés UE ; il s'agit pour l'essentiel de frontaliers, de rentiers touchant une rente suisse, ainsi que de membres de la famille des uns et des autres). Désormais, les cantons seront tenus de prendre en charge, en cas de traitement hospitalier en Suisse, la part cantonale pour ces assurés. De plus, pour les assurés UE bénéficiaires d'une rente suisse et pour les membres de leur famille, les traitements hospitaliers en Suisse seront remboursés jusqu'à concurrence du tarif applicable pour ce traitement dans un hôpital répertorié du canton de Berne. Ces modifications entreront en vigueur le 1^{er} janvier 2019.

Régions de primes : modifications au 1^{er} janvier 2018 suite à des fusions de communes

L'ordonnance du DFI du 25 novembre 2015 sur les régions de primes (RS 832.106) a été révisée au 1^{er} janvier 2018. L'annexe de l'ordonnance, qui contient une liste des communes suisses et de leurs régions de primes respectives, a dû être mise à jour en raison des fusions de communes qui sont entrées en vigueur courant 2017 ou qui ont pris effet le 1^{er} janvier 2018.

Perspectives

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 relevant de la politique sociale dans les domaines de l'AVS, des PC et de l'aide sociale. Ces mesures poursuivent deux objectifs : limiter la charge financière pesant sur l'AOS et améliorer la situation financière difficile de certains groupes de personnes nécessitant des soins. Après plusieurs rapports de l'OFSP sur la mise en œuvre dans les cantons, une évaluation du nouveau régime de financement des soins a été réalisée. Le rapport final sera soumis au Conseil fédéral courant 2018.

Part relative à la distribution

Le Conseil fédéral a chargé le DFI d'examiner comment réduire 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.

Mesures de maîtrise des coûts

Fin 2016, le DFI a constitué un groupe réunissant 14 experts d'Allemagne, de France, des Pays-Bas et de Suisse, qu'il a chargé d'évaluer les expériences faites en Suisse et à l'étranger pour gérer l'augmentation des prestations, et de proposer des mesures pouvant être appliquées le plus rapidement possible pour freiner la hausse des coûts dans l'AOS. Dans leur rapport, les experts proposent 38 mesures, dont deux mesures prioritaires. D'abord, ils suggèrent en tant que nouvel instrument de pilotage d'instaurer un plafond contraignant pour l'augmentation des coûts

dans les différents domaines de prestations. Si le plafond n'est pas respecté, des sanctions devraient être prononcées. Ensuite, ils recommandent d'introduire dans la LAMal un article de projets expérimentaux permettant de tester des projets pilotes innovants. Le Conseil fédéral a pris connaissance de ce rapport le 25 octobre 2017, et il a chargé le DFI de lui présenter des propositions sur la manière de mettre en œuvre les recommandations du groupe d'experts. Dans le cadre d'un programme de maîtrise de coûts défini par le Conseil fédéral sur la base du rapport d'experts, une procédure de consultation devrait être lancée à l'automne 2018 sur les thèmes de l'article relatif aux projets expérimentaux, du renforcement du contrôle des factures, des tarifs, du pilotage des coûts et d'un système de prix de référence. Un second train de mesures législatives devrait suivre fin 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). Cet indicateur est appliqué depuis 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 sur-compensations et sous-compensations liées à certains groupes d'assurés et de réduire ainsi l'incitation à pratiquer la sélection des risques. L'indicateur PCG sera appliqué pour la première fois pour la compensation des risques 2020.

Modifications concernant les franchises à option

Le 28 juin 2017, le Conseil fédéral a adopté son rapport en réponse au postulat (13.3250) Schmid-Federer « Effets de la franchise sur la consommation de prestations médicales ». Il en ressort que les individus qui présentent des risques accrus en termes de santé ont tendance à opter pour des franchises plus basses, alors que les personnes en bonne santé et ayant un bon niveau de formation privilégient les franchises élevées. Les franchises ont aussi pour effet que les assurés consomment moins de prestations : ceux qui doivent assumer une partie des prestations sont généralement plus attentifs aux coûts. Vu que les personnes qui recourent aux prestations tendent à choisir des franchises plus basses, cela permet de décharger l'AOS. Le rapport conclut que le système actuel, qui laisse aux assurés le choix entre plusieurs franchises, a fait ses preuves dans l'ensemble et que, par conséquent, aucune modification majeure ne s'impose.

Dans le cadre de la mise en œuvre de la motion (15.5147) Bischofberger, le Conseil fédéral est chargé d'adapter régulièrement le montant des franchises à l'évolution des coûts dans l'AOS. Le Conseil fédéral a soumis au Parlement un projet de loi et un message en ce sens en mars 2018. Il prévoit que, pour répondre à cette évolution, le montant des franchises devrait être relevé de 50 francs tous les quatre ans environ.

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 des 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 a réglé l'application de ces modifications par une révision de l'OCOR et fixé l'entrée en vigueur de la modification de la LAMal au 1^{er} janvier 2019. 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. En raison de diverses interventions parlementaires, la nouvelle répartition des régions de primes fait encore l'objet de discussions au sein des commissions parlementaires.

AA Assurance-accidents

Dernières données disponibles : 2016

1 Chiffres actuels de l'AA

| | |
|---|---|
| Recettes 2016 (y c. variations de valeur du capital) | 8'489 mio de fr. |
| Dépenses 2016 | 7'045 mio de fr. |
| Résultat 2016 | 1'444 mio de fr. |
| Compte de capital 2016 | 53'182 mio de fr. |
| Cotisations 2018 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 2018 | |
| 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 2016, le capital de l'AA a continué à augmenter pour s'établir à 53 182 millions de francs, ce qui représente un nouveau record.

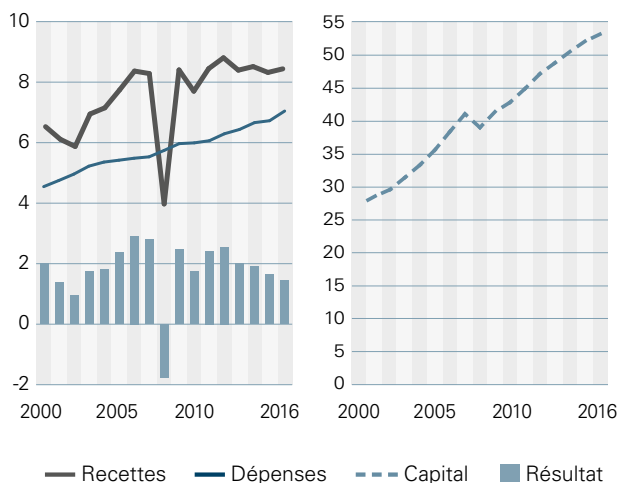
Évolution en 2016

Depuis 2013, les dépenses de l'AA augmentent davantage que les recettes. Le résultat des comptes, qui a encore baissé, de 12,2 %, en 2016 affichait 1 444 millions de francs.

Les recettes, elles, ont crû de 1,4 % et se chiffrent à 8 489 millions de francs. La progression du produit des placements (produit courant du capital et variation de valeur du capital) a été plus nette, avec 5,3 %. Les dépenses, elles, ont augmenté de 4,8 %, atteignant 7 045 millions de francs. Le nombre d'accidents déclarés a légèrement augmenté (0,6 %) et l'effectif des bénéficiaires de rente a diminué (-1,4 %). Les dépenses ont été affectées à raison de 29,0 % à des frais de traitement, de 27,5 % à des indemnités journalières et de 27,7 % à des rentes et à des prestations en capital.

En 2016, l'AA était gérée par la Suva (principal assureur) et 28 autres assureurs. Pendant l'année, 265 932 cas d'accidents et maladies professionnels et 530 592 cas d'accidents non professionnels ont été déclarés.

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

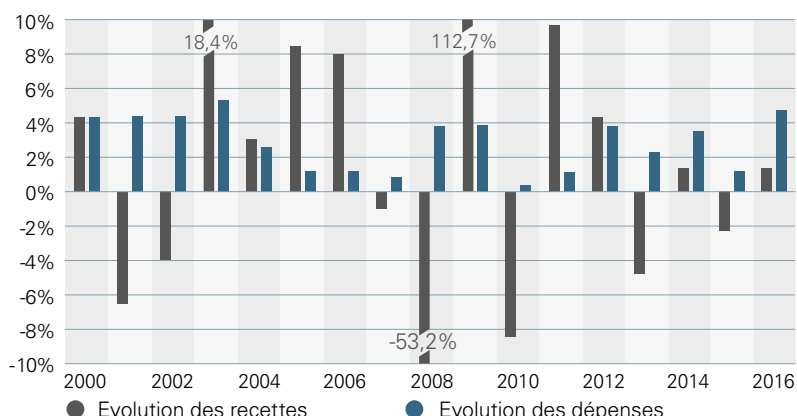


Les recettes de l'AA, calculées avec les variations de valeur du capital, sont toujours supérieures aux dépenses, à l'exception de 2008. Elles consistent pour l'essentiel en cotisations des assurés. Les principales composantes des dépenses sont les prestations à court terme (frais de traitement et indemnités journalières ; 2016 : 4,0 milliards de francs) et les prestations de longue durée (rentes et prestations en capital ; 2016 : 1,9 milliard de francs).

Les résultats positifs des comptes permettent d'accumuler du capital (état en 2016 : 53,2 milliards) 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.

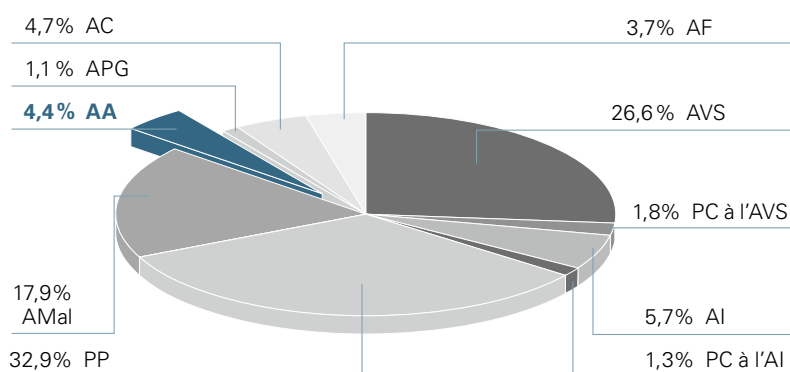
Dernières données disponibles : 2016

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



L'évolution des recettes dépend des cotisations des assurés et du produit des placements. En 2016, le total des cotisations a reculé de 0,5 % (baisse des primes brutes). Le produit des placements a augmenté de 5,3 % et a atteint 2048 millions de francs, après une baisse de 11,5 % en 2015. Les dépenses ont augmenté de 4,8 % en 2016, surtout en raison d'une hausse des prestations à court terme.

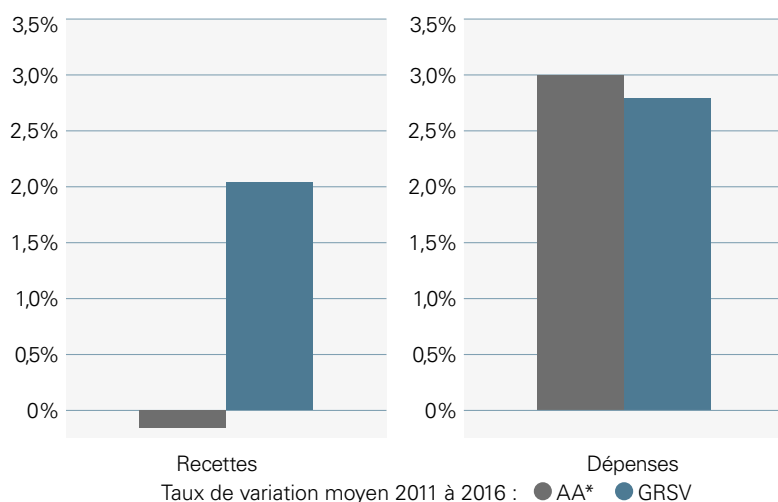
4 L'AA dans le CGAS 2016



Dépenses 2016 : 159,3 mia de fr.

À l'aune des dépenses, l'AA vient en sixième position des assurances sociales, avec 4,4 %. Les dépenses ont été affectées à raison de 29,0 % à des frais de traitement, de 27,5 % à des indemnités journalières et de 27,7 % à des rentes et à des prestations en capital.

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



Recettes de 2011 à 2016 : L'évolution des recettes de l'AA a été négative (-0,2 %) et a été inférieure à celle du CGAS (2,1 %). Cette évolution est due à un recul des recettes de primes.

Dépenses de 2011 à 2016 : La hausse des dépenses de l'AA (3,0 %) a été supérieure à celle du CGAS (2,8 %). Cela tient surtout à l'augmentation des prestations à court terme (3,7 %), alors que les prestations de longue durée ont connu une croissance minime (0,3 %).

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

Finances

Finances de l'AA 2016, en millions de francs

| | 2016 | Variation 2015/2016 |
|--|---------------|------------------------|
| Total des recettes | 8'489 | 1,4% |
| Primes des entreprises (AP) et des assurés (ANP, AF et AAC) | 6'143 | -0,5% |
| Produit des placements (y c. variations de valeur du capital) | 2'048 | 5,3% |
| Autres recettes | 297 | 19,9% |
| Total des dépenses | 7'045 | 4,8% |
| Prestations à court terme | 3'981 | 3,5% |
| Prestations de longue durée | 1'949 | 1,2% |
| Autres dépenses | 1'115 | 17,2% |
| Résultat des comptes | 1'444 | -12,2% |
| Variation du capital | 1'083 | -30,9% |
| Capital¹ | 53'182 | 2,1% |

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 2018 (parution fin 2018), OFAS et www.ofas.admin.ch.

Chiffres relatifs à la structure de l'AA 2016

| | 2015 | 2016 |
|--|---------|---------|
| Nombre d'assureurs | 29 | 29 |
| Entreprises assurées | 590'861 | 600'185 |
| Salariés à plein temps ¹ (en milliers) | 3'963 | 4'011 |
| Somme des salaires soumis à une prime AP (en mia de fr.) | 293 | 304 |
| Nombre d'accidents professionnels enregistrés | 266'349 | 265'932 |
| Nombre d'accidents non professionnels enregistrés | 526'228 | 530'592 |
| Rentes d'invalidité déterminées | 1'849 | 1'880 |
| Cas de décès reconnus | 534 | 636 |
| Indemnités pour atteinte à l'intégrité et autres versements en capital | 5'003 | 5'105 |
| Frais de traitement (en mio de fr.) | 1'886,9 | 1'918,2 |
| Indemnités journalières (en mio de fr.) | 1'856,1 | 1'914,1 |
| Capital de couverture des nouvelles rentes octroyées (en mio de fr.) | 788,7 | 902,3 |

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

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



AM Assurance militaire

Chiffres clés actuels de l'AM

Selon la statistique de l'assurance militaire publiée par la Suva, le montant global des prestations versées en 2017 est de 184 millions de francs, en recul de 5,52 millions par rapport à l'exercice 2016. Le

montant (chiffres arrondis) des principales prestations de l'assurance militaire versées en 2017 et le nombre de cas sont les suivants.

Chiffres détaillés de l'AM pour 2017

| | 2017 en milliers de fr. | | Variation 2016/2017 |
|---|-----------------------------------|--|-------------------------------|
| Coût total des prestations d'assurance | 183'503 | | -2,9 |
| Frais de traitement | 70'373 | | -0,2 |
| Indemnités journalières | 27'304 | | -5,6 |
| Rentes | 85'826 | | -4,2 |
| Rentes d'invalidité ¹ | 43'755 | | -4,8 |
| Rentes pour atteinte à l'intégrité | 3'175 | | -20,2 |
| Rentes de survivants | 36'123 | | -3,7 |

| | | Nombre de rentes 2017 | Variation 2016/2017 |
|--|--|---------------------------------|-------------------------------|
| Nombre total de rentes | | 3'494 | -3,1 |
| Rentes d'invalidité | | 1'766 | -3,0 |
| Rentes pour atteinte à l'intégrité | | 420 | -5,0 |
| Rentes de survivants | | 1'116 | -4,5 |
| Divers (allocations et indemnités supplémentaires) | | 192 | +9,7 |

| | Coût 2017 en milliers de fr. | Nombre de cas 2017 | Variation 2016/2017 |
|--|--|------------------------------|-------------------------------|
| Coûts¹ et nombre de cas par catégorie d'assurés, total | 18'503 | 40'769 | -1,4 |
| Militaires de milice | 105'913 | 21'746 | -7,3 |
| Astreints à la protection civile | 5'585 | 1'477 | +6,2 |
| Astreints au service civil | 7'411 | 9'751 | +18,1 |
| Personnel militaire | 6'514 | 4'798 | -8,9 |
| Assurés à titre facultatif | 13'101 | 2'186 | +3,9 |
| Participants aux actions de maintien de la paix | 1'418 | 549 | -3,9 |
| Membres du Corps suisse d'aide humanitaire | 599 | 211 | -13,9 |
| Divers | 2'963 | 51 | +4,1 |

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 2017 et atteint en chiffres arrondis 184 millions de francs (-2,9 %). Le coût total des rentes a atteint 85,8 millions de francs, en diminution de 4,2 % par rapport à 2016. Le nombre des rentes en cours était de 3494, en baisse de 3,1 %. Ce recul, que l'on observe depuis une dizaine d'années 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 diminué (-0,2 %), atteignant 70,4 millions de francs. En 2015, ils avaient augmenté de 8,1 % et, en 2016, de 0,4 %. Les coûts des indemnités journalières ont atteint 27,3 millions de francs, en recul de 5,6 % par rapport à l'exercice précédent. Le nombre de cas s'est élevé à 40 769 en 2017, en recul de 1,4 % par rapport à 2016.

Le nombre de cas d'assurance liés au service civil a fait un nouveau bond ; la progression par rapport à 2016 est de 18,1 %. Malgré l'augmentation du nombre de cas, les dépenses dans cette catégorie ont légèrement diminué et se sont établies à 7,4 millions de francs (-276 000 francs). 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'infirmières qui prodiguent des soins gratuitement. Au service civil, chaque traitement doit être effectué par un médecin ou un fournisseur de soins privé, et les frais incombant à l'assurance militaire s'en ressentent.

Les cas occasionnés par les militaires de milice ont diminué de 7,3 % (augmentation de 2,7 % en 2016). Dans les catégories des personnes servant dans la protection civile (-8,9 %), des participants

aux opérations de maintien de la paix (-3,9 %) et des membres du Corps suisse d'aide humanitaire (-13,9 %), le nombre de cas a également diminué par rapport à 2016. Dans toutes les autres catégories, il a augmenté. En 2017, l'assurance militaire a traité 40 769 nouveaux cas d'assurance, soit 582 de moins qu'en 2016 (-1,4 %).

Financement

Les dépenses de l'assurance militaire sont prises en charge par la Confédération. Elles sont financées en outre par le produit des primes dues par les assurés à titre professionnel en exercice 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 2017, l'assurance militaire a occasionné des dépenses globales brutes de 205,39 millions de francs (-7,01 millions), comprenant 183,70 millions de francs pour l'ensemble des prestations et 21,69 millions (+0,18 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 21,33 millions de francs (+3,26 millions).

Les dépenses globales nettes de la Confédération en 2017 pour l'assurance militaire se sont donc élevées à 184,06 millions de francs (-10,28 millions).

AM Assurance militaire

Dernières données disponibles : 2016

Réformes

Le programme de stabilisation 2017–2019 comprenait aussi certaines modifications de la loi sur l'assurance militaire concernant le financement des primes d'assurance-maladie par les assurés à titre professionnel et les assurés à la retraite (assurance facultative) : depuis le 1^{er} janvier 2018, les frais effectifs de l'assurance militaire pour les prestations en cas de maladie sont déterminants pour le calcul des primes des assurés à titre professionnel ou facultatif. La loi exige pour cela un taux de couverture des coûts d'au moins 80 %. Un supplément de prime est perçu en outre pour la couverture accidents dans l'assurance de base des assurés à titre facultatif ; il doit lui aussi couvrir au moins 80 % des coûts dus à un accident. La prime mensuelle pour les prestations en cas de maladie est actuellement de 340 francs, et le supplément dans l'assurance facultative pour les prestations en cas d'accident est de 24 francs par mois.

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, notamment parce qu'il faut s'attendre à une augmentation des frais de traitement.

APG Allocations pour perte de gain

1 Chiffres clés actuels des APG

Les comptes 2017 des APG sont pratiquement équilibrés, avec un excédent de 12 millions de francs.

Avec la réduction du taux de cotisation, passé de 0,50 % à 0,45 % au 1^{er} janvier 2016, le régime des APG avait accusé

| | |
|-------------------------------------|-------------------------|
| Recettes 2017 | 1'736 mio de fr. |
| Dépenses 2017 | 1'724 mio de fr. |
| Résultat d'exploitation 2017 | 12 mio de fr. |
| Compte de capital 2017 | 1'036 mio de fr. |

| | |
|--|---------------------|
| Allocation de base 2018 | |
| 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 2016 | |
| Armée | 5'624'739 |
| Service civil, protection civile, J+S, cours pour moniteurs de jeunes tireurs | 2'052'751 |
| Jours d'allocations de maternité | 6'590'186 |
| Maternité, nombre de bénéficiaires 2016 | 81'439 |

en 2016, pour la première fois depuis 2010, un excédent de dépenses (-52 millions de francs). Grâce à une augmentation des cotisations qui avait été limitée à cinq ans, il avait enregistré auparavant, 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.

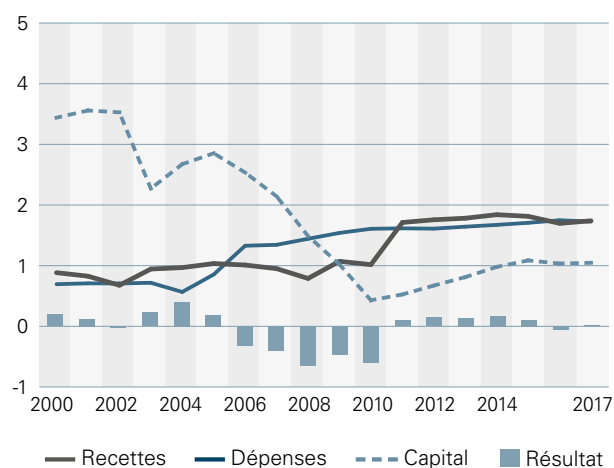
Évolution en 2017

L'équilibre des comptes 2017 est dû principalement à une augmentation des recettes. L'augmentation de valeur du capital des APG se chiffrait à 49 millions de francs. Mais la hausse des recettes de cotisations, de 17 millions de francs, a aussi été nécessaire pour générer un excédent de 12 millions de francs.

Les dépenses se sont montées à 1724 millions de francs, soit 22 millions de moins que l'année précédente (-1,2 %) ; elles ont été affectées à hauteur de 95,5 % à des indemnités journalières.

L'excédent de dépenses temporaire de 2016 s'expliquait principalement par la nette baisse des cotisations des assurés. Relevé de 0,2 point (de 0,30 % à 0,50 %) en 2011, pour une durée de cinq ans, le taux de cotisation a été ramené à 0,45 % au début de 2016, également pour une durée de cinq ans. Cela était devenu possible en 2015, du fait que les avoirs du fonds de compensation en liquidités et en placements excédaient à nouveau 50 % des dépenses annuelles.

2 Recettes, dépenses, résultats et capital des APG de 2000 à 2017, en milliards de francs

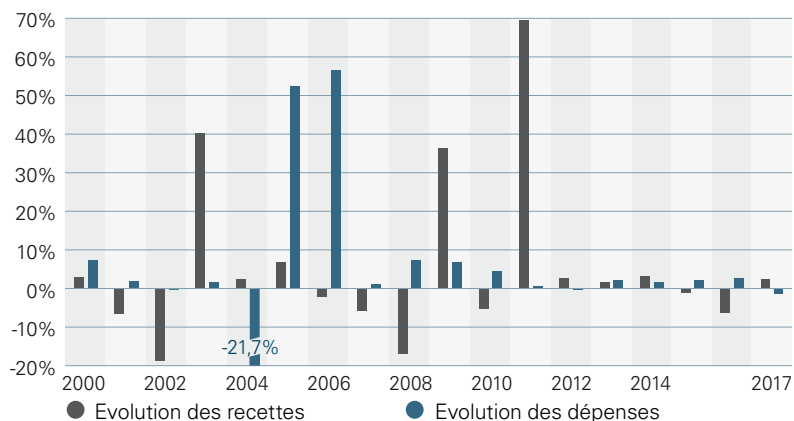


Après l'entrée en vigueur de la révision de la LAPG le 1^{er} juillet 2005 (instauration de l'assurance-maternité et hausse des prestations pour les personnes faisant du service), les comptes du régime des APG ont comme prévu enregistré des déficits et une diminution du capital. Grâce au relèvement temporaire 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. En 2017, grâce à des gains de valeur du capital, le régime des APG affichait déjà un nouvel excédent.

La chute marquée de la courbe du capital en 2003 est imputable à un transfert de capitaux à l'AI.

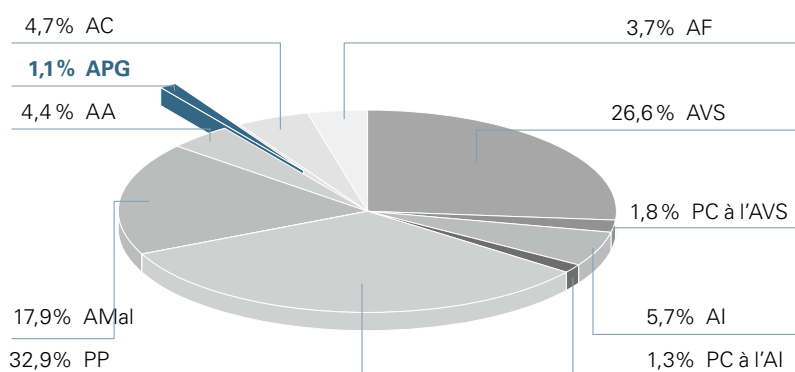
APG Allocations pour perte de gain

3 Evolution des recettes et des dépenses des APG de 2000 à 2017



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. Les taux de variation ont été nettement plus faibles les années suivantes. En 2016, les recettes ont à nouveau chuté de 6,5 % suite à la baisse du taux de cotisation. En 2017, les recettes ont progressé de 2,5 %, alors que les dépenses ont diminué de 1,2 %. Ainsi, les comptes étaient déjà redevenus plus équilibrés en 2017.

4 Les APG dans le CGAS 2016

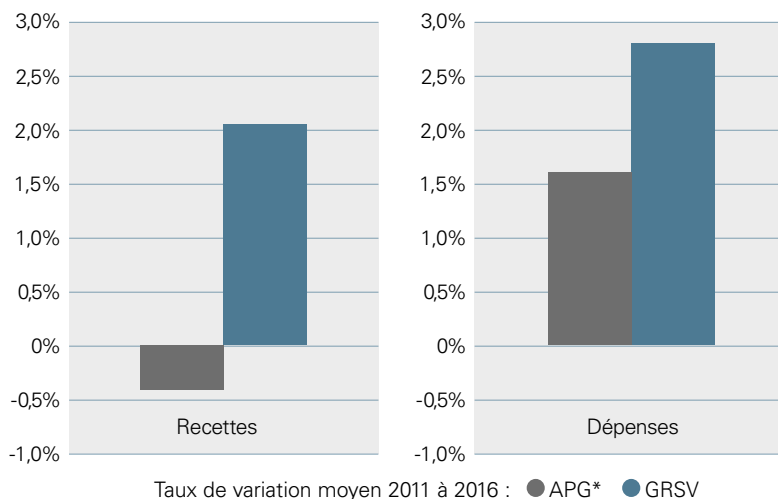


Dépenses 2016 : 159,3 mia de fr.

Avec 1,1 % des dépenses globales, le régime des APG reste la plus petite des assurances sociales, même après la mise en place de l'allocation de maternité en été 2005.

En 2016, 95,5 % de ses dépenses, qui ont atteint 1 746 millions de francs, ont été affectés à des indemnités journalières, dont 50,9 % pour des prestations à des personnes faisant du service et 49,1 % au titre des allocations de maternité (estimation OFAS).

5 Evolution actuelle des APG par rapport à celle du CGAS



Source : SAS 2018 (parution automne 2018), OFAS, et www.ofas.admin.ch

Recettes de 2011 à 2016 : Les recettes moyennes des APG sur cinq ans ont reculé de 0,4 %. Leur évolution a donc été nettement inférieure à celle du CGAS (2,1 %).

Dépenses de 2011 à 2016 : Les dépenses du régime des APG ont augmenté de 1,6 % en moyenne annuelle, contre 2,8 % 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.

APG Allocations pour perte de gain

Finances

Compte d'exploitation 2017 des APG, en millions de francs

| | 2017 | Variation 2016/2017 |
|---|--------------|------------------------|
| Recettes | 1'736 | 2,5% |
| Cotisations des assurés et des employeurs | 1'675 | 1,0% |
| Produit des placements | 61 | 72,1% |
| Produit courant du capital | 17 | 2,0% |
| Variations de valeur du capital | 44 | 132,2% |
| Dépenses | 1'724 | -1,2% |
| Prestations en espèces | 1'721 | -1,2% |
| Émoluments | 1'647 | -1,1% |
| Créances en restitution, net | -26 | -5,8% |
| Quote-part de cotisations à la charge du régime des APG | 99 | -1,3% |
| Frais d'administration | 3 | -1,2% |
| Résultat d'exploitation | 12 | 124,0% |
| Résultat de répartition (hors produit des placements) | -49 | 44,2% |
| Résultat selon le CGAS (hors variation de valeur du capital) | -32 | 54,9% |
| Capital | 1'036 | 1,2% |

Source : SAS 2018 (parution fin 2018), OFAS et www.ofas.admin.ch.

Alors que les dépenses ont doublé avec l'introduction des allocations de maternité en juillet 2005, entraînant une diminution des avoirs du fonds APG, le taux de cotisation a été relevé 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. En 2017, celles-ci ont progressé à nouveau de 1,0 %.

Les prestations en espèces, essentiellement les indemnités journalières (armée, protection civile, Jeunesse et Sport, service civil et maternité), ont baissé de 1,2 %, s'établissant à 1721 millions de francs.

Le résultat de répartition (résultat de l'exercice hors produit des placements) a été de -49 millions de francs. Si l'on tient compte du produit des placements (61 millions de francs), le résultat d'exploitation enre-

gistre une amélioration de 64 millions par rapport à l'année précédente et atteint 12 millions de francs. De ce fait, le compte de capital est passé de 1024 à 1036 millions de francs (+1,2 %). Les liquidités et les placements correspondent ainsi à 50,9 % des dépenses d'une année, contre 49,7 % l'année précédente.

Réformes

Introduction d'une allocation d'adoption

Le 12 décembre 2013, le conseiller national Marco Romano (PDC, TI) a déposé une initiative parlementaire (13.478) qui demande l'inscription dans la loi d'allocations pour perte de gain en cas d'adoption d'un enfant. Tant la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national

(CSSS-N) que son homologue du Conseil des États y ayant donné suite, la CSSS-N a chargé l'administration de préparer un avant-projet.

Le 25 janvier 2018, la CSSS-N a approuvé un avant-projet de modification de la LAPG qui prévoit un congé d'adoption de deux semaines payé par le régime des APG pour les cas où l'enfant accueilli est âgé de moins de 4 ans. Pour avoir droit à l'allocation, les parents doivent ne pas interrompre complètement leur activité ; la commission estime en effet qu'une réduction du taux d'occupation d'au moins 20 % suffit. Les parents peuvent librement choisir lequel des deux prend ce congé ou convenir de le partager entre eux. D'après la commission, l'allocation d'adoption modérée qu'elle propose représente un investissement important tant pour la société que sous l'angle de la politique familiale. La consultation a pris fin le 23 mai 2018.

Prolongation de l'allocation pour les femmes exerçant une activité lucrative

Le régime des APG prévoit déjà que le droit à l'allocation de maternité puisse être différé en cas de séjour de plus de trois mois du nouveau-né à l'hôpital, immédiatement après sa naissance. La loi ne prévoit cependant aucune allocation pour perte de gain pendant la durée du séjour à l'hôpital du nouveau-né et ne régleme pas la durée maximale de ce report. En vertu du droit des obligations, la mère a droit au maintien du paiement du salaire, mais celui-ci ne fait pas l'objet d'une réglementation précise et sa durée dépend du nombre d'années de service effectuées auprès du même employeur.

Les Chambres fédérales ont adopté une motion (16.3631) de la CSSS-E qui demande que le droit à l'allocation de maternité soit prolongé en ce sens. Il s'agit d'augmenter de 56 jours au maximum la durée de sa perception (de 98 à 154 jours) en cas de séjour à l'hôpital de plus de trois semaines du nouveau-né, immédiatement après sa naissance. Seules les mères qui exercent de nouveau une activité lu-

crative après l'accouchement pourront bénéficier de cette prolongation. Ainsi, la perte de gain liée à la prise en charge de l'enfant à l'hôpital sera indemnisée dans tous les cas à 80 %, et ce pendant une durée s'étendant à 56 jours au maximum, en plus des huit semaines d'interdiction de travailler après l'accouchement. Le code des obligations sera également modifié pour qu'il soit tenu compte de la prolongation, dans le cas de figure évoqué, du congé de maternité et de la protection contre le licenciement. Le Conseil fédéral a mis le projet de loi correspondant en consultation du 2 mars au 12 juin 2018.

Introduction d'un congé pour les parents d'enfants gravement malades ou victimes d'un accident

Ces dernières années, le Parlement et le Conseil fédéral ont attribué différents mandats en vue d'améliorer les conditions générales des personnes qui prodiguent assistance et soins à des proches. Dans le cadre de la mise en œuvre du plan d'action « Soutien aux proches aidants », le Conseil fédéral, en date du 1^{er} février 2017, a chargé l'administration de préparer, entre autres, les bases légales d'un congé pour les parents d'enfants gravement malades ou victimes d'un accident, avec ou sans continuation du versement du salaire par le biais du régime des APG.

Un congé d'une durée plus longue devrait être introduit afin de tenir compte de la situation particulière des parents en question, afin que ceux-ci puissent rester dans la vie active tout en prodiguant des soins à leurs enfants. Il s'agit également d'élaborer une variante dans laquelle la perte de salaire serait compensée de la même manière qu'en cas de maternité.

La procédure de consultation devrait être lancée avant la fin du 1^{er} semestre 2018.

AC Assurance-chômage

1 Chiffres clés actuels de l'AC

L'exercice 2017 s'est soldé pour le Fonds de compensation de l'AC par un total des charges de 7338 millions de francs pour un produit global de 7739 millions de francs, soit un excédent de 401 millions de francs (2016 : 156 millions).

| | |
|-------------------------------|-------------------------|
| Recettes 2017 | 7'739 mio de fr. |
| Dépenses 2017 | 7'338 mio de fr. |
| Résultat 2017 | 401 mio de fr. |
| Compte de capital 2017 | -982 mio de fr. |

| | |
|-----------------------------------|-----------------------|
| Cotisations 2018 | 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 2018 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 |
|---|---------------------|

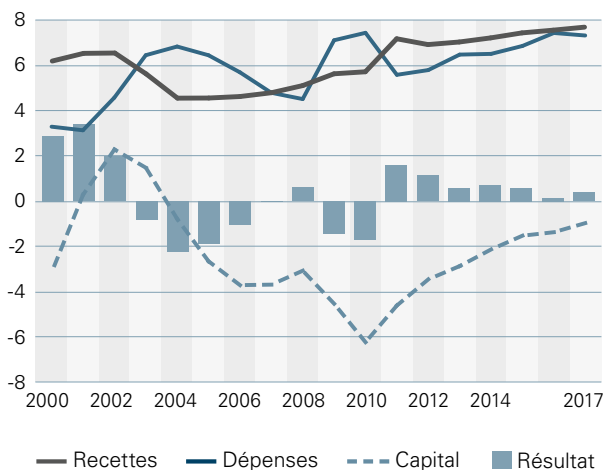
La durée de perception, selon les conditions, varie au sein d'un délai-cadre de deux ans.

Évolution en 2017

La persistance d'une forte croissance du PIB (1,4 %) a permis en 2017 une baisse du taux de chômage, pour la première fois depuis 2014. Le nombre de chômeurs inscrits, 143 142, était inférieur à la moyenne de l'année précédente (149 317). Aussi les dépenses dues aux indemnités de chômage ont-elles baissé de 2,4 %, pour s'établir à 5179 millions de francs. De ce fait, les dépenses de l'AC ont elles aussi diminué, de 1,5 %, pour se chiffrer à 7338 millions de francs. De leur côté, les recettes ont progressé de 1,8 % et ont atteint 7739 millions de francs. Le résultat des comptes, en hausse de 158 %, affichait 401 millions de francs.

La 4^e révision de la LACI a réintroduit, le 1^{er} avril 2011, la perception d'un pour-cent de solidarité sur les salaires élevés. Depuis lors, une contribution de 1 % est prélevée sur la part du salaire annuel qui dépasse le gain maximal assuré (126 000 francs puis, depuis 2016, 148 200 francs). De plus, le 1^{er} janvier 2014, ce pour-cent de solidarité a été dé-plafonné, si bien qu'il est perçu depuis lors sur l'ensemble de la part du salaire qui dépasse le gain maximal assuré, et non plus seulement jusqu'à 2 fois et demie ce montant. Ces mesures ont eu pour effet, entre autres, que les recettes de cotisations ont augmenté de 2,5 % en 2015 et de 2,1 % en 2016.

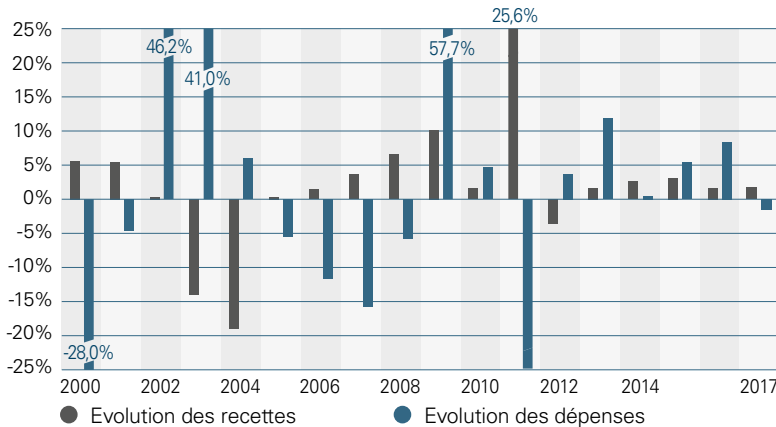
2 Recettes, dépenses, résultat et capital de l'AC de 2000 à 2017, en milliards de francs



Grâce à une hausse des recettes et à la première baisse des dépenses enregistrée depuis 2011, l'AC affichait en 2017 un résultat des comptes nettement positif, de 401 millions de francs. Cela a permis de réduire encore le déficit du Fonds de compensation pour le ramener à -982 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.

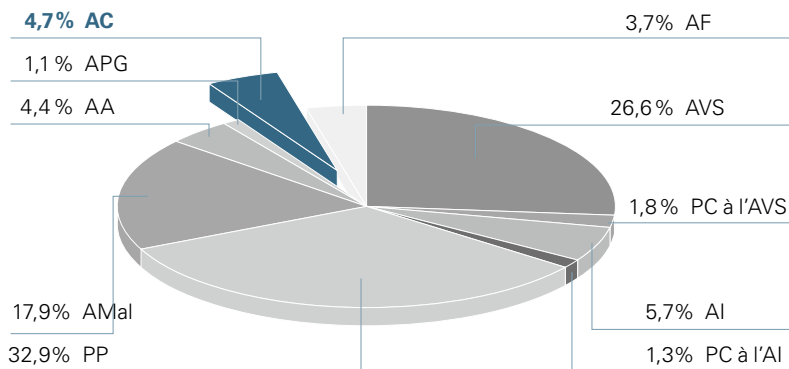
3 Evolution des recettes et des dépenses de l'AC de 2000 à 2017



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. Après une période de hausse, l'AC a enregistré un nouveau recul des dépenses en 2017.

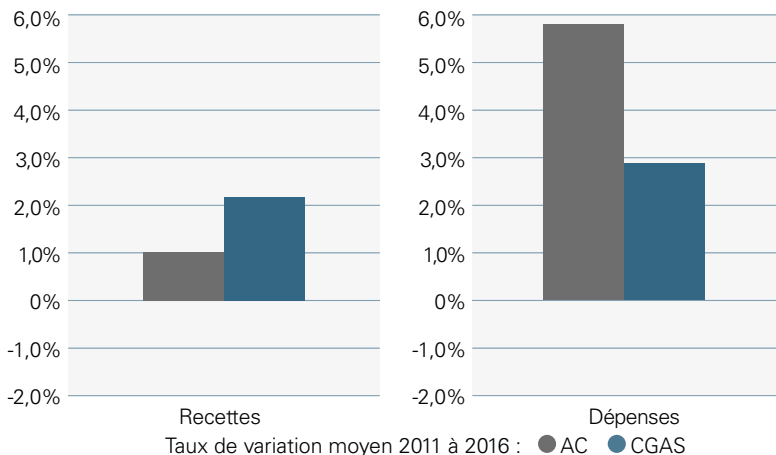
4 L'AC dans le CGAS 2016



Dépenses 2016 : 159,3 mia de fr.

Mesurée à l'aune des dépenses, l'AC vient en cinquième position des assurances sociales, avec 4,7 %. Ses dépenses sont affectées à raison de 70,6 % aux indemnités de chômage et de 8,9 % aux mesures du marché du travail.

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



Recettes de 2011 à 2016 : L'augmentation moyenne des recettes du CGAS (2,1 %) est nettement supérieure à celle des recettes de l'AC (1,0 %).

Dépenses de 2011 à 2016 : L'évolution moyenne des dépenses de l'AC (5,9 %) a été nettement plus importante et a contribué dans une mesure importante à la hausse des dépenses du CGAS (2,8 %).

Source : SAS 2018 (parution automne 2018), OFAS, et www.ofas.admin.ch

Finances

Résultat des comptes 2017, en millions de francs

| | 2017 | Variation 2016/2017 |
|---|----------------|------------------------|
| Total des recettes | 7'739,4 | 1,8% |
| Cotisations des assurés et des employeurs | 7'066,7 | 1,9% |
| Contributions des pouvoirs publics | 668,2 | 1,8% |
| Participation financière de la Confédération | 489,5 | 1,9% |
| Participation financière des cantons | 163,2 | 1,9% |
| Participation des cantons aux frais des mesures du marché du travail | 15,6 | -2,0% |
| Intérêts créanciers | 5,8 | 21,4% |
| Autres produits | -1,3 | -120,6% |
| Total des dépenses | 7'338,0 | -1,5% |
| Prest. en argent hors cotisations aux assurances sociales | 5'596,4 | -2,3% |
| Indemnités de chômage ¹ | 5'178,8 | -2,4% |
| Cotisations aux assurances sociales des bénéficiaires d'IC | -408,1 | 3,7% |
| Indemnités en cas de réduction de l'horaire de travail | 90,6 | -36,5% |
| Indemnités en cas d'intempéries | 54,7 | 128,5% |
| Indemnités en cas d'insolvabilité | 29,4 | -7,0% |
| Mesures du marché du travail | 651,1 | 0,1% |
| Cotisations aux ass. sociales sur les indemnités de chômage | 759,1 | -3,5% |
| Cotisations AVS/AI/APG ² | 521,4 | -2,4% |
| Cotisations ANP ² | 191,9 | -6,8% |
| Cotisations AP ³ | 5,2 | -8,0% |
| Cotisations LPP ² | 40,5 | -1,4% |
| Indemnités liées aux accords bilatéraux ⁴ | 242,6 | 14,6% |
| Frais d'administration | 727,6 | 1,2% |
| Intérêts débiteurs | 1,3 | -5,9% |
| Autres dépenses | 11,0 | 682,1% |
| Résultat | 401,4 | 158,1% |
| Capital | -982,4 | 29,0% |
| Chiffres clés | | |
| Chômeurs inscrits (moyenne annuelle) | 143'142 | -4,1% |
| Taux de chômage | 3,2% | |

1 Indemnités journalières mesures du marché du travail incluses

2 Part employeurs et part employés

3 Part employeurs uniquement

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

ANP = assurance contre les accidents non professionnels

AP = assurance contre les accidents professionnels

Source : SAS 2018 (parution fin 2018), OFAS et www.ofas.admin.ch.

L'exercice 2017 s'est soldé pour le Fonds de compensation de l'AC par des dépenses de 7338 mil-

lions de francs et des recettes de 7739 millions de francs, soit un excédent de 401 millions de francs.

Bilan au 31 décembre 2017, en millions de francs

| | 2017 | Variation 2016/17 |
|--|----------------|----------------------|
| Actifs | 1'753,5 | 3,0% |
| Liquidités : | 181,9 | 8,6% |
| Placements à court terme de l'organe de compensation | - | - |
| Disponibilités du Fonds de compensation | 71,0 | 3,1% |
| Disponibilités des caisses de chômage | 110,8 | 12,5% |
| Comptes courants / débiteurs | 1'445,0 | 3,2% |
| Actifs transitoires | 122,6 | -6,0% |
| Mobiliers | 4,0 | -6,6% |
| Passifs | 1'753,5 | 3,0% |
| Comptes courants / créanciers | 304,2 | -17,8% |
| Provisions pour application de l'art. 29 LACI | 46,1 | 4,8% |
| Provisions pour insolvabilité | 94,6 | 6,3% |
| Autres provisions à court terme | 80,1 | 4,1% |
| Passifs transitoires | 10,9 | 84,4% |
| Emprunts de trésorerie auprès de la Confédération | 2'200,0 | -12,0% |
| Capital propre | -982,4 | 29,0% |

Grâce au résultat de nouveau positif réalisé en 2017, l'emprunt de trésorerie auprès de la Confédération a encore pu être réduit de 300 millions de francs,

ramenant ainsi le total des emprunts, fin 2017, à 2 200 millions de francs.

AF Allocations familiales

Dernières données disponibles : 2016 ; données recueillies par l'OFAS

1 Chiffres clés actuels des AF

| | |
|----------------------------------|-------------------------|
| Recettes 2016 | 6'058 mio de fr. |
| Dépenses 2016 | 5'946 mio de fr. |
| Prestations sociales 2016 | 5'788 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 | 2016 |
| Au titre de la LAFam | 1'761'868 |
| Au titre de la LFA | 41'241 |
| Montants cantonaux des allocations pour enfant (par mois) | 2018 |
| 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 | 2018 |
| Mêmes mont. que ceux prescrits par la LAFam. Ces mont. sont majorés de 20 francs dans les régions de montagne | 200 Fr. |
| Taux de cotisations des CAF cantonales (en % du salaire soumis à l'AVS) | 2018 |
| Employeurs | 1,20%–2,80% |
| Indépendants | 0,50%–2,80% |

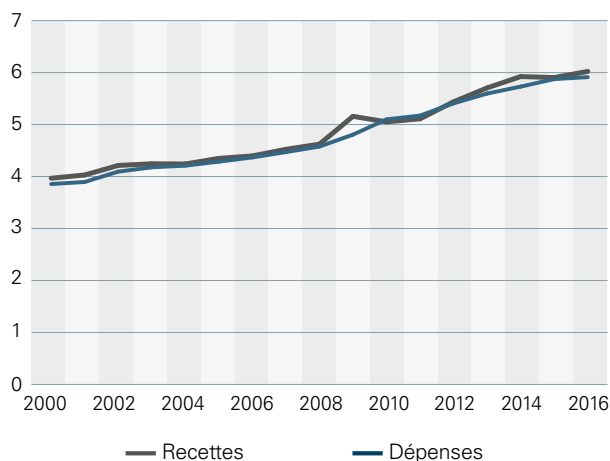
Depuis l'entrée en vigueur de la loi fédérale sur les allocations familiales (LAFam) en 2009, les recettes de l'ensemble des allocations familiales ont augmenté de 0,9 milliard de francs et les dépenses de 1,1 milliard.

Évolution en 2016

Les recettes des AF ont atteint 6,1 millions de francs en 2016. 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. Le canton du Valais est le seul où les salariés doivent participer au financement. Le taux de cotisation varie selon les cantons et les CAF. Le taux de cotisation pondéré moyen des employeurs était de 1,59 % en 2016 (2015 : 1,60 %).

Les dépenses des AF ont atteint 5,9 millions de francs en 2016. Les prestations versées, se montant à 5,8 millions de francs, en représentaient 97,3 %. 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 2016, 1,8 million d'allocations (pour enfant ou de formation professionnelle) ont été versées en tout au titre de la LAFam, et 41 200 au titre de la loi fédérale sur les allocations familiales dans l'agriculture (LFA).

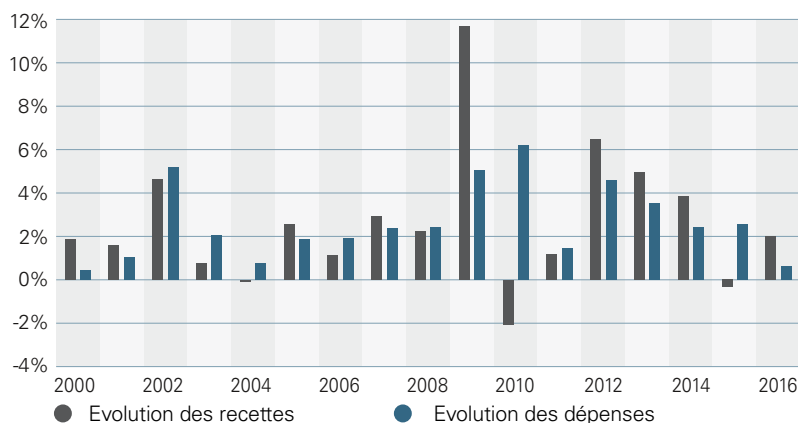
2 Recettes et dépenses des AF de 2000 à 2016, en milliards de francs



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 2016, les recettes ont augmenté de 2,0 %, en raison de la stagnation des taux de cotisation et de la progression des salaires. Quant aux dépenses, elles ont augmenté de 0,6 %. Le nombre d'allocations versées a augmenté de 0,6 % et, dans le canton de Vaud, leur montant a été relevé au 1^{er} septembre 2016.

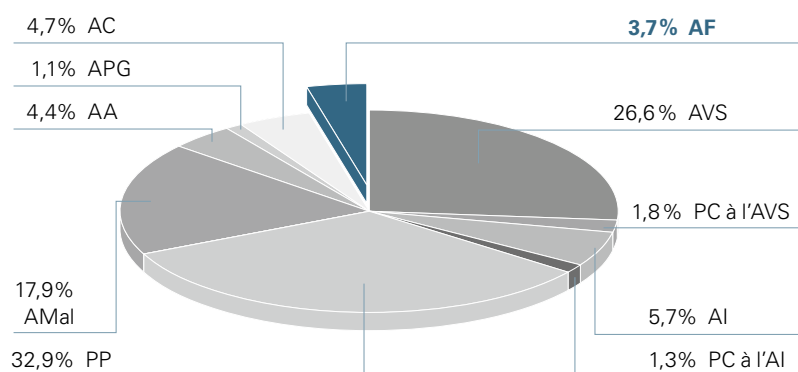
Dernières données disponibles : 2016 ; données recueillies par l'OFAS

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



En 2016, comme de 2012 à 2014, les recettes ont augmenté nettement plus que les dépenses. La progression des recettes en 2016 (2,0 %) résultait notamment de l'augmentation des revenus soumis à cotisation. Celle des dépenses (0,6 %) est due à une légère augmentation du nombre d'allocations versées ainsi qu'à la stagnation du montant des allocations.

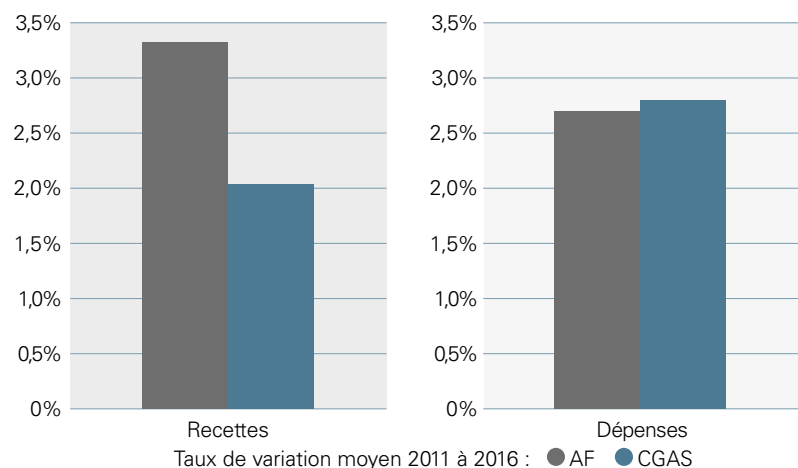
4 Les AF dans le CGAS 2016



Dépenses 2016 : 159,3 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 %. Les dépenses sont affectées à des prestations d'assurance sociale à raison de 97,3 %, dont 43,3 % pour les prestations octroyées par les caisses de compensation cantonales.

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



Recettes de 2011 à 2016 : Le taux de croissance moyen des recettes des AF (3,4 %) a été nettement supérieur à celui des recettes du CGAS (2,1 %). Son évolution dépend des taux de cotisation et des revenus soumis à cotisation.

Dépenses de 2011 à 2016 : Le taux d'accroissement des dépenses des AF (2,7 %) a été légèrement inférieur à celui des dépenses du CGAS (2,8 %). 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 2018 (parution automne 2018), 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. 81).

Statistique des caisses de compensation pour allocations familiales, 2016, en millions de francs

| Postes du compte | Dépenses | Recettes |
|---|--------------|--------------|
| Cotisations des employeurs ¹ | | 5'387 |
| Cotisations des indépendants ² | | 222 |
| Cotisations des personnes sans activité lucrative ³ | | 8 |
| Contributions des cantons ³ | | 131 |
| Recettes de la compensation des charges au niveau cantonal ⁴ | | 152 |
| Dissolution de réserves de fluctuation | | 52 |
| Autres recettes | | 124 |
| Allocations familiales | 5'605 | |
| Autres prestations ⁵ | 58 | |
| Versements à la compensation des charges au niveau cantonal | 167 | |
| Constitution de réserves de fluctuation | 41 | |
| Frais d'administration et de gestion | 156 | |
| Autres dépenses | 46 | |
| Résultat annuel | 4 | |
| Total | 6'077 | 6'077 |

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), 2016

| Type d'allocation | Versées aux salariés | Versées aux indépendants | Versées aux personnes sans activité lucrative | Total | Pourcentage |
|--|----------------------|--------------------------|---|------------------|---------------|
| Allocations pour enfant | 1'276'800 | 36'300 | 24'500 | 1'337'600 | 74,8% |
| Allocations de formation professionnelle | 403'300 | 14'700 | 6'300 | 424'300 | 23,7% |
| Allocations de naissance et d'adoption | 25'300 | 600 | 1'200 | 27'100 | 1,5% |
| Total | 1'705'400 | 51'600 | 32'000 | 1'789'000 | 100,0% |
| Pourcentage | 95,3% | 2,9% | 1,8% | 100% | |

Somme des allocations familiales (y c. allocations différentielles), 2016, en millions de francs

| Type d'allocation | Versées aux salariés | Versées aux indépendants | Versées aux personnes sans activité lucrative | Total | Pourcentage |
|--|----------------------|--------------------------|---|----------------|---------------|
| Allocations pour enfant | 3'726,8 | 114,0 | 97,8 | 3'938,6 | 70,3% |
| Allocations de formation professionnelle | 1'529,5 | 59,9 | 34,6 | 1'623,9 | 29,0% |
| Allocations de naissance et d'adoption | 38,8 | 1,1 | 2,3 | 42,1 | 0,8% |
| Total | 5'295,1 | 175,0 | 134,6 | 5'604,7 | 100,0% |
| Pourcentage | 94,5% | 3,1% | 2,4% | 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 cantons¹ ont fait usage de la compétence de fixer des montants plus élevés, et neuf² accordent des allocations de naissance ou d'adoption.

1 ZH, BE, LU, SZ, NW, ZG, FR, GR, VD, VS, NE, GE et JU.

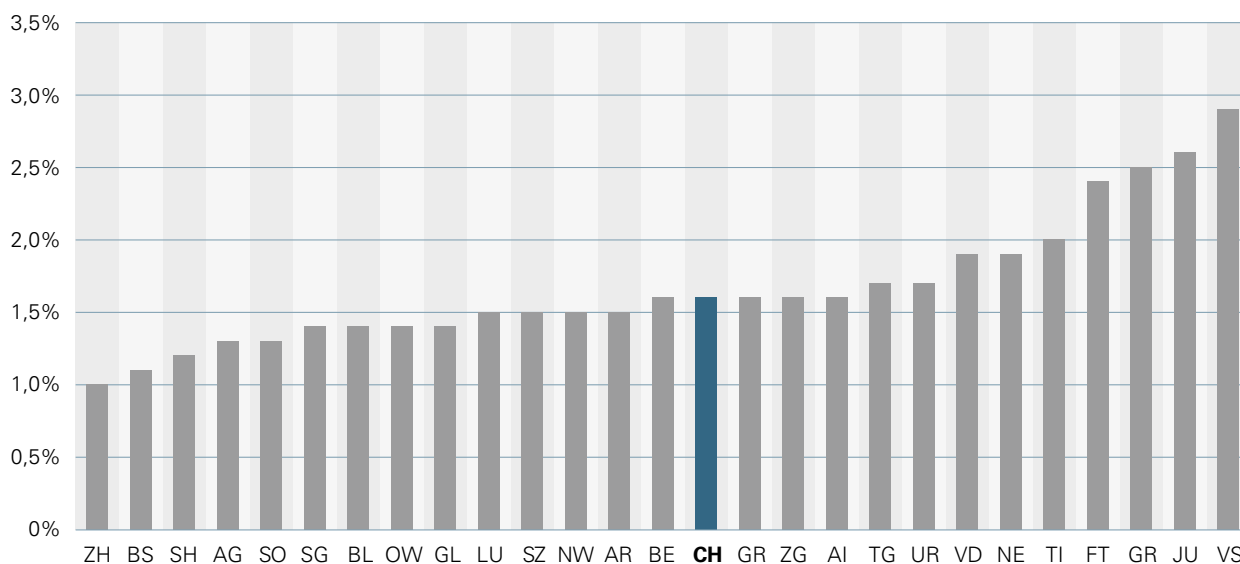
2 LU, UR, SZ, FR, VD, VS, NE, GE et JU.

Nombre de bénéficiaires d'allocations familiales, 2016

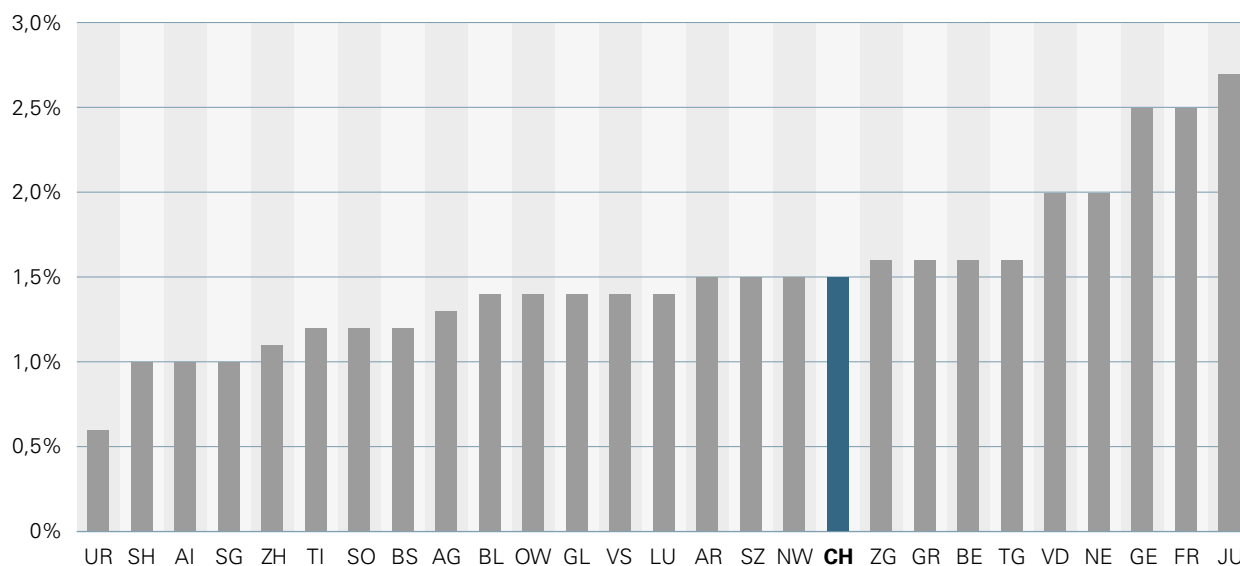
| | Salariés | Indépendants | Personnes sans activité lucrative | Total |
|-------------|----------|--------------|-----------------------------------|------------------|
| Nombre | 996'100 | 30'000 | 19'700 | 1'045'800 |
| Pourcentage | 95,3% | 2,9% | 1,9% | 100,0% |

AF Allocations familiales

Taux pondérés de cotisation des employeurs, par canton, en 2016



Taux pondérés de cotisation des indépendants, par canton, en 2016



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 2,90 %. Le taux pondéré moyen pour la Suisse est de 1,59 %.

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 2,70 %. Le taux pondéré moyen pour la Suisse se situe à 1,52 %.

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 en vertu de la LFA

Une réglementation fédérale 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 loi fédérale sur les allocations familiales dans l'agriculture (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, 2017, en millions de francs

| Postes du compte | Dépenses | Recettes | Variation 2016/2017 |
|------------------------------------|------------|-----------------|------------------------|
| Cotisations des employeurs | | 20 | +2% |
| Contributions des pouvoirs publics | | | |
| – Confédération 2/3 | | 62 ¹ | +1% |
| – Cantons 1/3 | | 29 | +1% |
| Prestations en espèce | 109 | | +1% |
| Frais d'administration | 2 | | -10% |
| Total | 111 | 111 | +1% |

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

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

Allocations familiales, de 2013 à 2017, ensemble des bénéficiaires

| Année | Nombre de bénéficiaires | | Coût (en mio de fr.) | |
|-------|---------------------------|----------|----------------------|---------------|
| | Agriculteurs ¹ | Salariés | Total | Confédération |
| 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 |
| 2017 | 13'387 | 7'716 | 111 | 62 |

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

AF Allocations familiales

Allocations familiales selon la LFA de 2013 à 2017, 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 |
| 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 |
| 2017 | 7'118 | 16'175 | 39 | 6'052 | 14'338 | 34 |

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

Allocations familiales selon la LFA, de 2013 à 2017, travailleurs agricoles

| Année | Nombre de bénéficiaires | | Allocations de ménage | Nombre d'allocations ¹ | | Coût en mio de fr. |
|-------|-------------------------|--------------------|-----------------------|-----------------------------------|---|--------------------|
| | | dont les étrangers | | | dont celles pour les enfants à l'étranger | |
| 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 |
| 2017 | 7'716 | 5'790 | 7'901 | 12'227 | 6'132 | 28 |

¹ Pour 2013 à 2016 : état au 31 juillet ; pour 2017 : totalité des allocations durant l'exercice.

Réformes / Perspectives

Révision de la loi sur les allocations familiales : des lacunes à combler

Du 22 novembre 2017 au 15 mars 2018, le Conseil fédéral a mis en consultation une révision de la LAFam. Le projet prévoit de réviser la loi sur trois points. D'abord, il s'agit de combler une lacune : dans le droit actuel, les mères au chômage bénéficiaires de l'allocation de maternité n'ont droit à aucune allocation familiale. Il convient de leur octroyer ce droit en tant que personnes sans activité lucrative durant la période de 14 semaines où elles touchent l'allocation de maternité. Cela répondra à la motion Seydoux-Christe (13.3650) « Universalité des allocations familiales. Aussi pour les mères bénéficiaires d'APG maternité durant leur droit au chômage », que le Parlement a adoptée. Ensuite, il s'agit de réaliser l'objectif visé par l'initiative parlementaire Müller-Altermatt (16.417) « Allocations de formation professionnelle. Leur versement doit débuter en même temps que la formation ». Le projet mis en consultation prévoit que les allocations de formation seront octroyées aux parents dès le moment où leur enfant ayant atteint l'âge de 15 ans suit une formation postobligatoire. Enfin, le projet inscrit dans la LAFam une base légale pour l'octroi d'aides financières aux organisations familiales. Depuis quelque 70 ans, ces aides sont octroyées directement sur la base de l'art. 116, al. 1, de la Constitution fédérale. Les réponses reçues dans le cadre de la consultation sont en cours d'analyse¹. Le message correspondant devrait être adopté au cours du 4^e trimestre 2018.

Interventions parlementaires

Loi-cadre, la LAFam règle les domaines les plus importants et fixe des normes minimales, par exemple les conditions d'octroi et les montants minimaux des allocations pour enfant et des allocations de formation professionnelle. Les cantons jouissent d'une grande marge de manœuvre, notamment pour régler le financement, l'organisation et la surveillance. À la différence d'autres assurances sociales, il n'existe pour les allocations familiales ni taux ou montants uniformes à l'échelle nationale, ni fonds de compensation national. La fixation et la perception des cotisations dues sur les revenus soumis à l'AVS sont du ressort des caisses de compensation pour allocations familiales (CAF). En tant qu'organes d'exécution, les CAF sont également responsables de la fixation et du versement des prestations. Suivant le montant des revenus soumis à cotisation et le nombre d'allocations familiales à verser, les taux de cotisation qu'elles appliquent peuvent varier fortement de l'une à l'autre. Une compensation des charges permet de réduire ces différences. En vertu de l'art. 17, al. 2, let. k, LAFam, la compétence d'introduire une compensation des charges entre les CAF du canton appartient aux cantons. À l'heure actuelle, seize cantons appliquent un système de compensation intégrale² ou partielle³ des charges. Par sa motion (17.3860) « Allocations familiales. Pour une répartition des charges équitable », le conseiller aux États Isidor Baumann demande une modification de la LAFam en ce sens que la loi oblige les cantons à introduire une compensation intégrale des charges entre les CAF. Le 15 mars 2018, le Conseil des États, en qualité de conseil prioritaire, a adopté la motion.

1 Les réponses peuvent être consultées sur le site www.ofas.admin.ch → Publications & Services → Législation en préparation → Procédures de consultation → Procédure de consultation sur la modification de la loi fédérale sur les allocations familiales.

2 LU, UR, SZ, OW, NW, ZG, SO, BL, SH, GE et JU ; TI suivra probablement en 2020

3 FR, SG, GR, VD et VS

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 soutenues financièrement par le biais d'un contrat de subventions. Sur les moyens alloués, qui atteignaient 71,6 millions de francs en 2017, 12,1 millions concernaient des tâches de coordination et de développement au niveau national. Ces organisations assument à ce titre les tâches relevant d'une association faîtière, 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. Près de 59,5 millions de francs sont disponibles pour des prestations quantifiables telles que conseil, assistance, occupation et cours pour personnes âgées donnés sur place, mais aussi pour des travaux de coordination des organisations locales de Pro Senectute. 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 la 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 2017, les organisations AI dédiées à ce groupe de personnes ont fourni des prestations à hauteur de 19,3 millions de francs. Le montant est calculé conformément aux dispositions de l'art. 108^{quater} RAI.

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 subvention d'une durée de quatre ans. Des contrats de ce type ont été conclus avec une soixantaine d'organisations faîtières pour la période 2015–2018. 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 2017, la subvention de l'AI/AVS s'élevait à 154,1 millions de francs, dont 19,3 millions consacrés à des prestations destinées à des personnes qui n'ont été atteintes dans leur santé qu'après avoir atteint l'âge de la retraite (voir explications Organisations de l'aide privée aux personnes âgées).

Les tableaux ci-dessous indiquent les prestations cofinancées pour 2015.

Cours d'organisations de l'aide privée aux personnes handicapées, 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 | 1'711 | 22'100 | 111'274 | | 4'671 | |
| Cours d'un semestre/ d'une année | 7'015 | 78'432 | | 847'353 | | 308'276 |
| Cours d'un jour | 3'372 | 57'093 | 67'234 | | | |

1 Avec hébergement

Conseil et accompagnement d'organisations de l'aide privée aux personnes handicapées, 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 | 67'320 | 658'902 | 13'888 | 98'645 |
| Conseils aux proches et aux personnes de référence | 10'425 | 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 les lieux d'accueil ¹ | 95'587 | 56'159 | | |
| Mise en relation avec des services spécialisés dans le conseil et l'interprétariat | 13'100 | 62'321 | 781 | 3'456 |
| Accompagnement à domicile | 1'723 | 125'700 | 26 | 2'205 |
| Accompagnement à domicile 2014 ² | 1'548 | 115'435 | 10 | 924 |

1 À partir de 2015, il n'est plus possible de faire la distinction entre la LAI et la LAVS

2 Données correctes pour l'année 2014. Une erreur a été commise dans le rapport LPGA 2016, les données indiquées pour l'année 2014 à la ligne « Accompagnement à domicile » correspondent en réalité à celles se rapportant à la période 2011-2014.

Des prestations de soutien et d'encouragement de la réadaptation des handicapés (PROSPREH) ont en outre été fournies pour un total de 742 000 heures. Elles comprennent relations publiques, bibliothèque pour aveugles, travail de fond et encouragement de l'entraide.

Dépenses selon le compte d'exploitation 2017 de l'AVS

| Bénéficiaires | Subventions pour des tâches de coordination et de développement au niveau national | Subventions pour des prestations fournies sur place, en particulier conseil social ou général, accompagnement et cours | Total |
|---|--|--|---------------|
| Total des subventions aux organisations d'aide à la vieillesse selon le compte d'exploitation 2017 de l'AVS | 12'113'646,85 | 59'514'736,00 | 71'628'382,85 |
| Prestations de l'aide privée aux personnes handicapées à la charge de l'AVS, en francs (imputation conformément à l'art. 222, al. 3, RAVS) ¹ | | <i>pour 2016: 8'693'460,00 pour 2017: 19'270'854,00</i> | 27'964'314,00 |

1 Les coûts portant sur la deuxième tranche de l'année 2016 (8'693'460 francs) ont été imputés en 2017 seulement, ce qui explique qu'une somme particulièrement élevée (27'964'314 francs) ait été comptabilisée en 2017 à la charge de l'AVS et en faveur de l'AI.

Evolution et mesures touchant l'ensemble du système

Recours contre le tiers responsable

Produit des actions récursoires, de 2012 à 2017, par assurance, en millions de francs

| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|-----------|------|-------|-------|------|------|-------|
| Assureurs | 309 | 300,3 | 266,6 | 220 | * | * |
| dont Suva | 199 | 187,7 | 180,8 | 138 | 194 | 171,5 |
| AVS/AI | 85,3 | 76,2 | 69,6 | 62,8 | 69,9 | 59,1 |

* Chiffre non encore disponible

Le recul général du produit des actions récursoires des assurances sociales mentionnées dans le tableau tient à la baisse constante, observée depuis 2004, du nombre de nouvelles rentes AI octroyées à la suite d'un accident. La baisse du nombre des actions récursoires a été de manière générale moins importante dernièrement.

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'indique la statistique de l'assurance-accidents LAA 2017. En 2015, ce nombre n'était plus que de 1846 (statistique de l'assurance-accidents LAA 2017, p. 36). Le nombre de nouvelles rentes d'invalidité octroyées chaque année a donc diminué de plus de 50 % en douze ans, ce qui représente 2091 rentes d'invalidité. Depuis 2011, il oscille chaque année entre 1840 et 2000.

À l'instar de l'assurance-accidents, le nombre de nouvelles rentes d'invalidité octroyées chaque année dans l'AI à la suite d'un accident a fortement diminué. En 2007, il s'élevait encore à 1330 et, en 2016, l'AI n'en a accordé que 806 (statistique de l'AI 2016, tableaux, p. 52). Dans l'AI, le nombre de nouvelles rentes octroyées chaque année à la suite d'un accident oscille depuis 2012 entre 762 et 900.

Une diminution du nombre de nouvelles rentes AI à la suite d'un accident entraîne une baisse du produit des actions récursoires. Ce dernier continuera de baisser d'année en année, mais plus autant qu'entre 2007 et 2013. Il se situe actuellement au niveau du début des années 90. C'est à partir de 1996 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 des 4^e (2004) et 5^e (2008) révisions de l'AI ainsi que 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.

Relations internationales

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

| | 2017 | Variation 2016/2017 |
|--|--------------|------------------------|
| Montant total des rentes AVS/AI¹ | 5'021 | 2,0% |
| Rentes AVS ² | 4'585 | 2,5% |
| Rentes AI ³ | 389 | -3,1% |
| Indemnités forfaitaires uniques | 33 | -7,2% |
| Transferts de cotisations | 14 | 2,0% |

1 Source : Annuaire statistique 2017, 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'États avec lesquels la Suisse a conclu des conventions atteignent 5,0 milliards de francs. Ce montant correspond à 10,8 % des rentes ordinaires AVS et AI.

Une série de conventions prévoient la possibilité de remplacer le versement de rentes minimales par une indemnité forfaitaire unique ; cela concerne presque exclusivement des prestations de l'AVS.

La convention avec la Turquie permet en outre de

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

| UE-28/AELE et autres États contractants ¹ | 2017 | Variation 2016/2017 |
|--|----------------|------------------------|
| Nombre de rentes AVS² | 781'632 | 1,7% |
| dont ressortissants de l'UE-28 ou de l'AELE | 751'019 | 2,2% |
| dont de nationalité italienne (la majeure partie) | 296'077 | 0,7% |
| Nombre d'ayants droit à des prestations de l'AI³ | 34'322 | -3,1% |
| dont ressortissants de l'UE-28 ou de l'AELE | 30'197 | 0,0% |
| dont de nationalité portugaise (la majeure partie) | 7'466 | -0,9% |

1 Source : Annuaire statistique 2017, pp. 47 s., CdC

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

3 AI : rentes principales et rentes pour enfant

verser les cotisations AVS (d'employeur et de salarié) de ressortissants turcs à l'assurance de leur pays d'origine, afin que ces cotisations soient prises en compte par celle-ci.

Près de 782 000 ressortissants d'États contractants touchent des prestations AVS à l'étranger ; environ

34 000 sont tributaires de prestations de l'AI. La plupart des bénéficiaires vivent dans un État membre de l'UE-28 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.

Evolution et mesures touchant l'ensemble du système

Autres prestations en lien avec l'étranger¹

| | 2017 | Variation 2016/2017 |
|---|--------|------------------------|
| Prestations AVS/AI versées à des ressortissants suisses à l'étranger | | |
| Montant total, en millions de francs | 1'856 | 3,2% |
| AVS/AI : Personnes à l'étranger assurées facultativement | | |
| Nombre d'assurés | 13'527 | -2,1% |
| Remboursement de cotisations à des ressortissants d'Etats non contractants | | |
| Nombre de cas | 2'150 | -17,5% |
| Montant total, en millions de francs | 39 | -11,2% |

¹ Source : Annuaire statistique 2017, 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 toucher les rentes ordinaires qu'à condition d'avoir leur domicile civil en Suisse et d'y résider habituellement. S'ils

quittent la Suisse, ce droit est suspendu. S'ils n'ont pas droit à une rente au moment où le risque assuré se réalise ou s'ils quittent définitivement la Suisse avant la naissance du droit à la rente, ils peuvent, à certaines conditions, obtenir le remboursement des cotisations AVS versées par eux-mêmes et par leurs employeurs.

Entraide en matière de prestations dans l'assurance-maladie

En vertu de l'Accord sur la libre circulation des personnes conclu avec l'Union européenne (ALCP) et de la Convention AELE, la Suisse participe à l'entraide en matière de prestations 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 2017, ces coûts ont atteint 178 millions de francs (aucune variation par rapport à 2016 ; les chiffres entre parenthèses indiquent toujours la variation par rapport à l'année précédente), pour un total de 211 186 cas (+8,9 %). 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 236 184 cas (+31,1 %), pour un montant total de 125 millions de francs (+15,6 %).

Conventions bilatérales

Brexit : le 29 mars 2017, le gouvernement du Royaume-Uni a annoncé le lancement de la procédure de sortie de l'UE. Le Royaume-Uni dispose depuis lors d'un délai de deux ans pour négocier sa sortie de l'UE. Après cette sortie, une période transitoire s'étalera jusqu'à la fin de l'année 2020. Durant cette phase, les dispositions de l'ALCP conclues entre la Suisse et l'UE continueront à s'appliquer dans les relations avec le Royaume-Uni.

Dans ses relations avec le Royaume-Uni, la Suisse souhaite garantir les droits et les obligations existants au-delà de la sortie de l'UE et au-delà de la période transitoire (stratégie « Mind the gap »). Dans le domaine des assurances sociales, les deux États devront convenir d'un nouveau régime qui succèdera à l'actuelle annexe II à l'ALCP. Les intérêts des assurés concernés seront pris en compte et aucune perte des droits en cours d'acquisition n'est à craindre. L'ALCP prévoit expressément qu'en cas de dénonciation ou de non-reconduction de l'accord, les droits acquis par les personnes concernées ne seront pas remis en question.

Argentine : les négociations en vue de la conclusion d'une convention n'ont pas encore abouti.

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

Pérou : les négociations en vue de la conclusion d'une convention de sécurité sociale se poursuivent.

Tunisie : les négociations en vue de la conclusion d'une convention se sont achevées et une signature est prévue pour le premier semestre 2019 au plus tard.

Kosovo : le Conseil fédéral a décidé que la convention de sécurité sociale conclue avec l'ex-Yougoslavie ne s'appliquerait plus 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 nouvelle convention de sécurité sociale. Les négociations se sont achevées en 2017 et la convention devrait être signée dans le courant de l'année 2018. La convention sera ensuite soumise au Parlement pour approbation.

Serbie/Monténégro : les conventions conclues avec ces deux États ont été soumises au Parlement pour approbation.

Bosnie-Herzégovine : la nouvelle convention avec la Bosnie-Herzégovine est prête pour signature. Une fois signée, elle sera transmise au Parlement pour approbation.

Albanie : les négociations en vue de la conclusion d'une nouvelle convention de sécurité sociale avec l'Albanie se poursuivent.

Evolution et mesures touchant l'ensemble du système

Recherche

La recherche sur la sécurité sociale

L'OFAS est responsable de la recherche sur la sécurité sociale. Les activités de recherche et d'évaluation menées au sein de l'OFAS appuient les instances politiques et administratives dans l'exécution de leurs tâches. Les projets sont tournés vers la pratique, souvent interdisciplinaires et visent à apporter rapidement des réponses aux questions d'actualité, mais aussi à créer des bases durables pour relever les défis sociétaux et sociaux. En 2017, 32 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 comptabilisées, 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 2017

Introduite le 1^{er} janvier 2012, la contribution d'assistance est destinée aux bénéficiaires d'une allocation pour impotent (API) qui sont en capacité d'exercer leurs droits civils. Pour y avoir droit, les assurés doivent vivre à domicile ou sortir de l'institution où ils vivaient jusque-là. Le droit à cette prestation financière est accordé au cas par cas par les offices AI et conformément aux besoins de l'assuré. Les bénéficiaires organisent ensuite eux-mêmes le soutien nécessaire : ils engagent des assistants et facturent les prestations avec l'office AI. L'objectif premier de cet instrument est de promouvoir l'autonomie et de la responsabilité des personnes qui ont besoin d'assistance.

Comme toutes les nouvelles prestations de l'AI, la contribution d'assistance a fait l'objet d'une évaluation. Cette **évaluation** s'étendait sur cinq ans, de 2012 à 2016, et visait principalement à vérifier si les objectifs avaient été atteints.

Les résultats de l'évaluation confirment le degré très élevé de satisfaction déjà constaté dans des rapports intermédiaires (2014, 2015 et 2016) portant sur

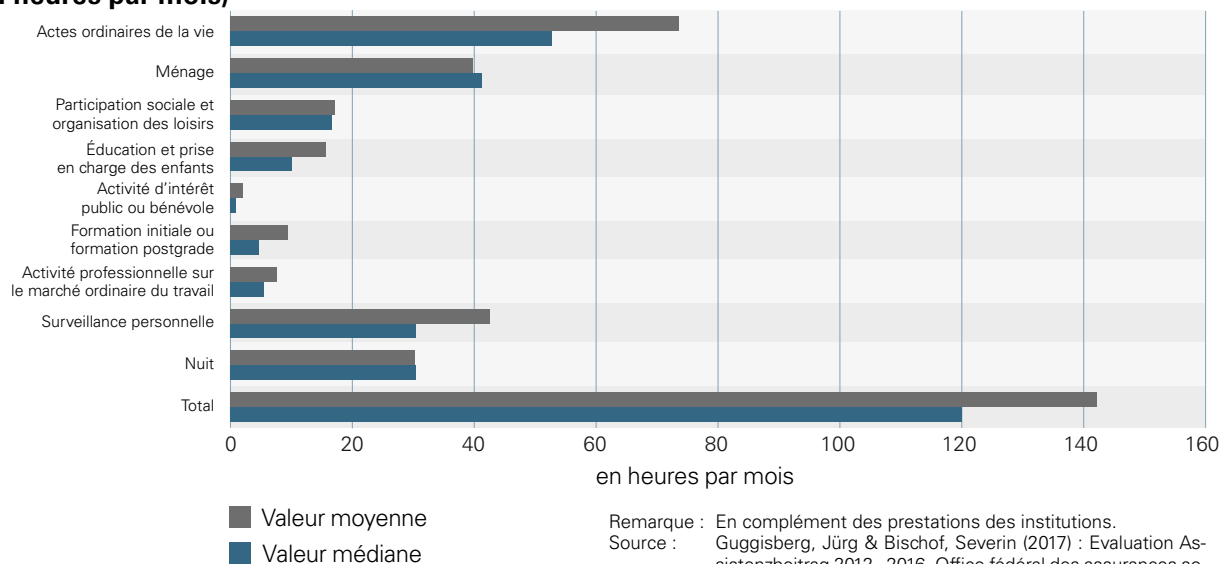
la contribution d'assistance. La grande majorité des 2171 bénéficiaires sont satisfaits, voire très satisfaits de leur situation (qualité de vie, situation en matière de soins et autonomie). Concernant les mineurs, en particulier, plus de 80 % des parents constatent que la qualité de vie de leur enfant s'est améliorée grâce à la contribution d'assistance. Une nette majorité des personnes interrogées estime en outre que cette prestation a permis de réduire la charge pesant sur leur famille et leur entourage, même si cette charge reste souvent importante.

Si ce bilan est positif, la demande reste toutefois plutôt modeste, en deçà des 3000 bénéficiaires escomptés. Le nombre de bénéficiaires continue néanmoins d'augmenter. L'évaluation a en outre montré que les assurés qui perçoivent une allocation pour impotence grave sont surreprésentés parmi les bénéficiaires de la contribution d'assistance, à l'inverse des personnes souffrant de troubles psychiques. En 2016, l'AI a versé au total 43,8 millions de francs au titre de la contribution d'assistance.

Il reste une marge d'amélioration à exploiter dans ce domaine. L'OFAS a appelé les organisations d'aide aux personnes handicapées à soumettre des propositions concrètes d'amélioration et à participer aux discussions. La loi fédérale sur les aides financières à l'accueil extra-familial pour enfants est un programme d'impulsion dont la durée est limitée. Mise en place en 2003 et initialement limitée à huit ans, elle a été prolongée à deux reprises pour quatre ans et cessera de s'appliquer le 31 janvier 2019. Elle est destinée à encourager la création de places supplémentaires pour l'accueil de jour des enfants afin d'aider les parents à mieux concilier famille et travail ou formation. Elle a fait l'objet d'une évaluation en 2005, 2009 et en 2013, puis de nouveau en 2017.

Les deux dernières **évaluations**, qui datent de 2017, visent à vérifier, d'une part, les **effets à long terme des aides financières à l'accueil extrafamilial**

Besoin d'aide pour la contribution d'assistance, valeur médiane et valeur moyenne (en heures par mois)



des enfants et, d'autre part, si l'offre en matière d'accueil extrafamilial des enfants correspond à la demande.

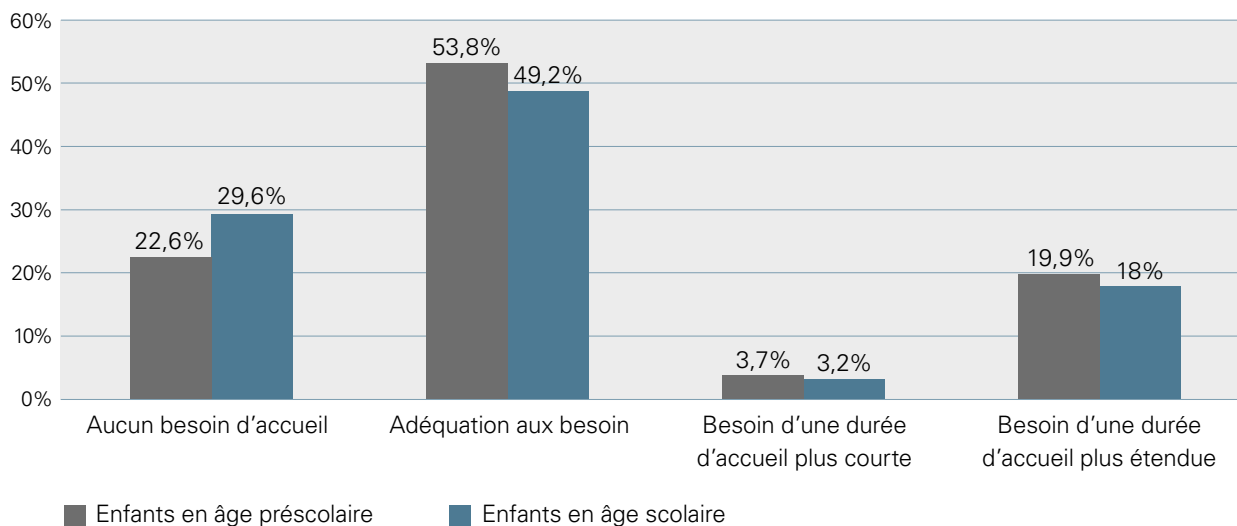
La première évaluation de 2017 montre que les aides financières au sens strict comme au sens large ont des effets positifs à long terme. 96 % des structures d'accueil collectif de jour et 94 % des structures d'accueil parascolaire existent toujours après la fin du subventionnement. En outre, sans les aides financières, beaucoup de prestataires n'auraient pas pu créer de nouvelles places, ou n'auraient pu le faire que dans une bien moindre mesure. Le fait que beaucoup de structures aient amélioré leurs offres et la qualité de leurs offres montre aussi que les aides financières ont un impact positif à long terme. Le programme d'impulsion a donc permis d'améliorer nettement les moyens de concilier vie familiale et vie professionnelle.

Cependant, l'offre existante ne suffit toujours pas à répondre à la demande. Il ressort d'une enquête menée auprès des parents dans le cadre de la deuxième évaluation de 2017 que près d'un cinquième des enfants ne peut pas être pris en charge autant que les parents

en auraient besoin. Les parents qui ne recourent pas à l'accueil extrafamilial alors même qu'ils souhaiteraient faire garder leurs enfants motivent ce choix par le prix trop élevé des offres. En juin 2017, les Chambres fédérales ont adopté de nouveaux types d'aides financières d'une durée limitée à cinq ans qui devraient permettre de répondre aux attentes des parents : elles visent, d'une part, à abaisser les frais de garde à la charge des parents et, d'autre part, à mieux adapter l'offre d'accueil aux besoins de ces derniers.

Evolution et mesures touchant l'ensemble du système

Besoin des parents selon l'âge des enfants



Enquête auprès des parents 2017; enfants en âge préscolaire : 0 à < 4 ans ; enfants en âge scolaire : 4 à 12 ans

Source : Bieri, Oliver; Balthasar, Andreas & Felfe, Christina (2018):

« L'offre en matière d'accueil extrafamilial des enfants correspond-elle aux besoins des parents ? », Sécurité sociale CHSS 1/2018, p. 12-16.

Commissions extraparlimentaires fédérales

Les commissions extraparlimentaires 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 mentionnée 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 des 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 trois fois en 2017. Les discussions ont notamment porté sur les modifications d'ordonnances liées à la réforme Prévoyance vieillesse 2020, l'adaptation des rentes AVS/AI à l'évolution des prix et des salaires, la révision de la LPGA, la base légale pour la surveillance des assurés, l'impact sur les assurances sociales de la numérisation de l'économie et la modification du règlement sur l'évaluation de l'invalidité pour les assurés exerçant une activité lucrative à temps partiel (méthode mixte).

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 trois fois en 2017. Il a été question des résultats du programme de recherche sur l'AI, des projets pilotes au sens de l'art. 68^{quater} LAI et des modifications réglementaires 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 2017.

Evolution et mesures touchant l'ensemble du système

Commission fédérale de la prévoyance professionnelle (Commission LPP)

La Commission LPP émet des 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 2017, la Commission a siégé à quatre reprises. Ses membres ont voté sur les adaptations des ordonnances dans le cadre de la réforme Prévoyance vieillesse 2020 ainsi que sur le taux d'intérêt minimal. Les discussions ont en outre porté sur l'imposition des frontaliers d'Allemagne ainsi que sur l'avenir de la prévoyance professionnelle à la suite de la votation populaire du 24 septembre 2017. Dans le contexte de la votation populaire sur le taux d'intérêt minimal, un groupe travail a été créé dans le but de dresser un état des lieux et de présenter les résultats à la commission. Les activités du groupe de travail s'achèveront dans le courant de 2018. Plusieurs membres ont quitté la commission en 2018 : Pierluigi Fedele et Eric Dubuis. Pour la législature 2016–2019, le Conseil fédéral a élu comme nouveaux membres Bertrand Tissières et Jorge Serra.

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 elle 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.

Commission fédérale du travail (CFT)

La CFT émet des 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 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 sept séances plénières en 2017.

Commission fédérale des médicaments (CFM)

La CFM a tenu six séances en 2017 : elle a principalement examiné des demandes d'admission de médicaments dans la liste des spécialités, ou de modification de médicaments figurant dans cette liste (extension des indications, modifications des limitations, augmentations de prix).

Commission fédérale des prestations générales et des principes (CFPP)

La CFPP s'est réunie quatre fois en 2017. Ses activités ont consisté principalement à traiter des demandes relatives à de nouvelles prestations ainsi qu'à des prestations contestées ou faisant l'objet d'une prise en charge provisoire jusqu'à leur évaluation.

Commission fédérale des analyses, moyens et appareils (CFAMA)

La Commission fédérale des analyses, moyens et appareils n'a pas siégé au complet en 2017. La sous-commission des moyens et appareils a tenu trois séances. La sous-commission des analyses en a tenu deux.

Evolution et mesures touchant l'ensemble du système

Jurisprudence

La jurisprudence revêt une grande importance pour la mise en pratique des assurances sociales, car elle apporte de la clarté et donc de la sécurité juridique en cas de litiges sur l'interprétation des normes. Elle a certes des effets directs uniquement sur le cas particulier qui se présente. Toutefois, sa portée s'étend ensuite de manière bien plus large lorsqu'elle se prononce sur des questions de principe, qui influent considérablement sur la fonction ou sur les recettes ou les dépenses d'une assurance sociale. Les arrêts du Tribunal fédéral peuvent aussi faire ressortir une nécessité d'agir au niveau législatif.

Assurance-invalidité

Changement de jurisprudence en matière de dépressions et autres troubles psychiques

En novembre 2017, le Tribunal fédéral a changé sa jurisprudence au sujet de la procédure probatoire dans deux arrêts de principe importants concernant des malades psychiques. Dans l'ATF 143 V 409 du 30 novembre 2017, il abandonne son ancienne jurisprudence au sujet des dépressions et, dans l'ATF 143 V 418 du même jour, il étend à toutes les affections psychiques l'examen à l'aide d'indicateurs développés pour les troubles relevant d'un syndrome.

La jurisprudence de l'ATF 141 V 281, selon laquelle la capacité effective de travail et de gain est déterminée dans une procédure probatoire structurée à l'aide d'indicateurs, s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques. Le Tribunal fédéral retient qu'en raison de leur manque de substrat objectif, les troubles psychiques ne peuvent pas faire l'objet de la preuve directe d'une capacité de travail justifiant des prétentions, raison pour laquelle la procédure probatoire menée à l'aide d'indicateurs doit

s'appliquer à eux tous. Toutefois, il faudra renoncer à une procédure probatoire structurée lorsque cela serait disproportionné dans le cas d'espèce. Selon le Tribunal fédéral, des maladies comme la schizophrénie, les troubles obsessionnels compulsifs, alimentaires ou de panique peuvent être comparés à des maladies somatiques en raison de leur caractère vérifiable et objectivable. En cas d'indices d'incohérence ou d'exagération, il faut en revanche procéder à un examen approfondi concernant le degré de gravité fonctionnel également pour ces troubles-là.

Dans le second arrêt de principe, le Tribunal fédéral modifie sa jurisprudence sur les dépressions légères et moyennement graves. Il arrive à la conclusion qu'il faut abandonner la jurisprudence selon laquelle les troubles dépressifs de degré léger à moyen n'entrent en considération comme maladies invalidantes que lorsqu'il a été prouvé qu'ils résistent aux thérapies. D'après lui, le fait que ces troubles puissent être généralement soignés ne peut pas justifier le conclusion qu'ils n'entraînent jamais une réduction de la capacité de travail significative au vu du droit de l'assurance-invalidité. En appliquant la procédure probatoire structurée à toutes les maladies psychiques, l'assurance imposera une manière uniforme de procéder pour l'évaluation d'un droit à des prestations, y compris dans les cas de troubles affectifs. Pour les dépressions comme pour toutes les autres affections psychiques, il peut toutefois être renoncé à un examen à l'aide d'indicateurs si celui-ci se révèle disproportionné dans le cas considéré. Notamment lorsque le dossier laisse apparaître avec une vraisemblance prépondérante qu'il s'agit d'un simple trouble dépressif de degré léger qui ne peut pas être qualifié de chronique, il n'est jamais besoin d'y ajouter une procédure probatoire structurée.

Assurance-maladie

Assurance-maladie : remboursement de prestations fournies à l'étranger

9C_616/2017 du 20 novembre 2017

En juillet 2009, l'assuré a subi en Autriche (Vienne) une greffe nerveuse cross-face dont il demande la prise en charge par l'assureur-maladie. Il n'invoque pas l'urgence de l'intervention, mais fait valoir que celle-ci ne pouvait pas être effectuée en Suisse. Différents spécialistes ont confirmé la possibilité d'exécuter cette opération à l'hôpital universitaire de Zurich. Recours de l'assuré rejeté.

Sans attestation d'admission de la part d'un nouvel assureur-maladie, aucun nouveau rapport d'assurance ne peut prendre naissance (art. 7, al. 5, LAMal) ; lorsque le changement d'assureur est impossible du fait de l'ancien assureur, celui-ci doit réparer le dommage qui en résulte pour l'assuré, en particulier la différence de prime (art. 7, al. 6, LAMal).

9C_367/2017 du 10 novembre 2017

Le Tribunal fédéral retient qu'une résiliation valable ne suffit pas à elle seule à entraîner la fin de l'ancien rapport d'assurance, qui n'intervient qu'avec la communication, par le nouvel assureur, que l'intéressé continue d'être assuré sans interruption (art. 7, al. 5, LAMal). La création d'un nouveau rapport d'assurance est dès lors soumise à la condition suspensive de la remise d'une telle communication à l'ancien assureur. Même s'il est constaté que c'est à tort que l'ancien assureur n'a pas accepté une résiliation, il n'est possible de fixer la fin de l'affiliation rétroactivement à l'expiration du délai de résiliation que si la communication, par le nouvel assureur à l'ancien, est intervenue avant l'échéance de ce délai (ATF 130 V 448 ss ; 125 V 266 ss). La conséquence juridique prévue par la loi en cas de retard de la communication n'est pas la reconnaissance rétroactive du changement d'assureur, mais, selon la situ-

ation, l'obligation de l'ancien ou du nouvel assureur de réparer le dommage causé à l'assuré, en particulier la différence de prime (art. 7, al. 5, 2e phrase, respectivement al. 6, LAMal ; ATF 130 V 448 ss).

Exception à l'obligation de s'assurer, art. 2, al. 8, OAMal

9C_304/2017 du 27 septembre 2017

Les recourants ne contestent pas qu'une protection d'assurance équivalente serait possible en Suisse. Ils font valoir seulement qu'elle leur coûterait environ 1300 francs, ce qui représenterait pour eux une dégradation manifeste de leur situation d'assurance par rapport au coût d'environ 820 euros actuellement à leur charge. Au vu de la solidarité voulue par le législateur entre les bien-portants et les malades, les exceptions à l'obligation de s'assurer doivent de manière générale être délimitées restrictivement et il faut tenir compte de la crainte du législateur que l'obligation suisse se laisse contourner si, par exemple, la preuve d'une affiliation à une assurance privée et facultative étrangère était largement acceptée comme motif d'exonération (ATF 132 V 310, consid. 8.5.6, p. 317). Il faut par conséquent fixer de sévères critères pour l'application de l'art. 2, al. 8, OAMal. En particulier, cette disposition ne saurait servir à empêcher les simples inconvénients que subit une personne par le fait que le système suisse ne prévoit pas ou pas à des conditions également favorables la protection d'assurance dont elle a bénéficié sous le régime étranger. Un surplus de coûts ne peut de toute façon pas non plus être assimilé à une dégradation de la protection d'assurance.

Evolution et mesures touchant l'ensemble du système

Exception à l'obligation de s'assurer selon l'art. 2, al. 8, OAMal

9C_447/2017 du 20 septembre 2017

L'assurance obligatoire des soins selon la LAMal couvre non seulement des prestations dans le domaine des soins aigus et de transition, mais aussi celles du domaine des soins durables (ambulatoires ou en établissement médico-social) (voir art. 25a LAMal), en plus des prestations générales en cas de maladie visées à l'art. 25 LAMal (arrêt 9C_858/2016 du 20 juin 2017, consid. 4.4). Même si, pour les soins durables, un montant annuel de 24 060 euros était dû en plus de l'allocation de soins de 8736 euros, le coût des prestations prévues dans l'assurance obligatoire suisse serait nettement plus élevé (sur les coûts, voir l'art. 25a, al. 5, LAMal et art. 7a OPAS; voir aussi les arrêts 9C_8/2017 du 20 juin 2017, consid. 4.3; 9C_858/2016 du 20 juin 2017, consid. 4.5).

Contrairement à l'opinion du recourant, toute dégradation de la protection d'assurance jusqu'ici en cours n'est pas suffisante pour bénéficier d'une exception à l'obligation de s'assurer au sens de l'art. 2, al. 8, OAMal; il faut bien plutôt, globalement, une nette dégradation.

Assurance-maladie: fardeau de la preuve

9C_207/2017 du 8 septembre 2017

L'assurée a accouché dans un établissement hospitalier à l'étranger. Elle soutient avoir envoyé le devis de l'établissement hospitalier à l'assureur avant que ce dernier ne préavise favorablement la prise en charge. L'assureur conteste avoir reçu ce devis avant d'avoir émis son préavis. L'assurée se réfère à un courrier électronique dont l'assureur n'a gardé aucune trace et à des entretiens téléphoniques qui n'ont fait l'objet d'aucune note interne de la part de l'assureur.

L'assureur a enfreint son obligation d'enregistrer les documents déterminants au sens de l'art. 46 LPGA. Selon le Tribunal fédéral, le fardeau de la preuve

est renversé lorsqu'une partie n'est pas en mesure de fournir une preuve en raison du manquement d'une autorité sans qu'une faute lui soit imputable, si cette violation est la cause de l'impossibilité de l'administré de fournir la preuve. Or, tel n'est pas le cas en l'espèce: ni le courrier électronique ni une note de téléphone n'auraient été en mesure de prouver la transmission du devis original à l'assureur.

Assurance-maladie: remboursement de prestations fournies à l'étranger

9C_100/2017 du 16 août 2017

En 2013, l'assuré a été hospitalisé au Bélice, aux États-Unis et en France. Est litigieuse en l'espèce la prise en charge d'un traitement hospitalier aux États-Unis du 13 au 22 mai 2013. Le tribunal cantonal a considéré que ce traitement ne présentait pas un caractère d'urgence et qu'une possibilité de traitement équivalent existait en Suisse. Il a condamné l'assureur à le prendre en charge au tarif simple d'une hospitalisation survenue pour la même pathologie dans le canton de domicile de l'assuré. Recours de l'assureur. Le tribunal cantonal a nié au traitement litigieux le caractère d'urgence sans vérifier si les atteintes à la santé de l'assuré nécessitaient un traitement médical urgent ou non. Le recours est admis et la cause, renvoyée au tribunal cantonal pour qu'il examine si les conditions de l'urgence sont remplies.

Exception à l'obligation de s'assurer selon l'art. 2, al. 8, OAMal

9C_858/2016 du 20 juin 2017

Les exceptions à l'obligation de s'assurer doivent de manière générale être admises restrictivement et il faut tenir compte de la crainte du législateur que l'obligation suisse se laisse contourner notamment par une large acceptation de la preuve d'une assurance privée facultative étrangère comme motif d'exonération. Il faut dès lors fixer des critères

sévères pour l'application de l'art. 2, al. 8, OAMal. Le but est cependant d'éviter l'inconvénient qui résulterait du fait qu'en raison de son âge et/ de son état de santé, une personne ne puisse pas profiter, ou seulement à des conditions à peine supportables, des prestations offertes effectivement en Suisse (en matière d'assurances complémentaires) jusqu'au niveau de son assurance étrangère. Au vu des normes restrictives de la loi concernant l'obligation de s'assurer, il n'y a en règle générale pas de dégradation nette de la protection d'assurance (étrangère) ou de la couverture des frais au sens de l'art. 2, al. 8, OAMal si l'assurance (étrangère) existante ne couvre pas les frais de soins au point de garantir au moins à peu près aussi les prestations visées à l'art. 25a ainsi qu'à l'art. 25, al. 2, let. a, LAMal et à l'art. 7 OPAS. Les avantages de l'assurance en cours jusqu'ici ne peuvent certes que très partiellement être compensés en l'espèce compte tenu de l'âge de l'assuré. L'absence de couverture des frais de soins pèse toutefois plus dans la balance. C'est pourquoi le recours est rejeté.

Exception à l'obligation de s'assurer selon l'art. 2, al. 8, OAMal

9C_8/2017 du 20 juin 2017

Les avantages de l'assurance (étrangère) en cours jusqu'ici – tels que libre-choix du médecin et de l'hôpital, chambre à deux lits et traitement par le médecin-chef ou un médecin libéral et hospitalier en cas d'hospitalisation, couverture entière des frais dans le monde entier, frais de rapatriement depuis l'étranger, traitements dentaires (prophylaxie comprise) et contributions pour lunettes et lentilles de contact – sont considérés par le Tribunal fédéral comme moins déterminants que l'insuffisance de la protection d'assurance concernant les prestations de soins, même s'il devait s'agir là du seul inconvénient que présente l'ancienne formule d'assurance.

Assurance-maladie : remboursement de prestations fournies à l'étranger

9C_177/2017 du 20 juin 2017

L'assurée, née en 1951, s'est rendue le 6 février 2014 aux États-Unis (Boston) afin de se soumettre à des essais cliniques dans le but de traiter un cancer des poumons de stade IV. Les coûts de ce traitement étaient pris en charge par le programme d'essais cliniques de l'établissement hospitalier alors que ceux relevant de l'évolution de la maladie, y compris ceux des soins de contrôle, étaient à la charge de l'assurée et de son assureur-maladie. À la suite des essais, l'état de santé de l'assurée s'est détérioré. Celle-ci a subi un AVC le 30 mars 2014 et est décédée le 19 avril 2014.

L'assureur a refusé de prendre en charge les frais d'hospitalisation et les prestations annexes aux essais cliniques. Le tribunal cantonal a distingué trois périodes: la période des essais cliniques, la période de l'hospitalisation et la période postérieure à l'AVC. Il a condamné l'assureur à rembourser les coûts des soins pour les trois périodes (à l'exception des essais cliniques eux-mêmes). Le Tribunal fédéral confirme la décision cantonale pour les deux dernières périodes. Pour la première période, le critère économique n'est pas déterminant pour autoriser la prise en charge, par l'assurance obligatoire des soins, d'un traitement médical dispensé à l'étranger: seul importe le point de savoir s'il existe un traitement alternatif en Suisse. Un avantage thérapeutique minime d'une prestation fournie à l'étranger ne justifie pas une dérogation au principe de la territorialité. Le tribunal cantonal a enfreint le droit fédéral en s'abstenant de mettre en œuvre les mesures d'instruction nécessaires pour trancher le point de savoir si un traitement médical alternatif aux essais cliniques menés aux États-Unis était disponible en Suisse. La cause lui est donc renvoyée pour nouvelle instruction sur ce point.

Evolution et mesures touchant l'ensemble du système

Assurance-maladie d'une frontalière domiciliée en France, qui a exercé son droit d'option

9C_561/2016 du 27 mars 2017

Frontalière ayant opté pour l'assurance-maladie française et souhaitant réintégrer la LAMal en raison de difficultés avec la CPAM (passage de l'assurance privée à la CMU). Se prévaloir du dépassement du délai de trois mois pour se départir du choix du régime d'assurance effectué neuf ans auparavant est un comportement contradictoire constitutif d'un abus de droit.

Admissibilité, pour un assureur-maladie, d'un modèle de participation aux excédents

9C_582/2016 du 16 janvier 2017

La LAMal et l'OAMal ne contiennent pas, pour un assureur-maladie, de base pour un modèle de participation aux excédents. Elles sont également muettes sur un pouvoir dont jouiraient les assureurs-maladie de régler de manière autonome un concept de ce genre en cas de besoin. Ils n'ont pas le droit de tenter de créer par voie contractuelle un régime parallèle au régime légal. La LAMal est de toute part du droit fédéral impératif sauf dans les cas où le législateur aurait prévu expressément une liberté d'action contractuelle ou dans ceux où une telle liberté découlerait clairement de la raison d'être d'une disposition.

Le Tribunal fédéral en conclut que le modèle de répartition soumis à son appréciation est inadmissible faute de base légale expresse et en raison de l'absence de domaine de réglementation autonome.

En ce qui concerne l'AA, il est renoncé à lister des arrêts.

Allocations familiales

Versement à un tiers au parent exerçant l'autorité parentale

8C_464/2017 du 20 décembre 2017

La mère de deux enfants, détentrice de l'autorité parentale, a demandé à la caisse de compensation pour allocations familiales (CAF) à laquelle l'employeur du père est affilié de lui verser directement les allocations. En raison de la preuve que le père débiteur de l'entretien ne transmettait pas les allocations perçues, la CAF a accepté la demande de versement en mains d'un tiers. Saisi par le père, le Tribunal cantonal des assurances sociales a exigé de la CAF qu'elle examine le grief soulevé par le père selon lequel la mère détournerait les allocations familiales de leur destination. La CAF a recouru sur ce point au Tribunal fédéral. Dans son arrêt, celui-ci a décidé en faveur de la CAF qu'au sens de la disposition concernant le versement à un tiers contenue à l'art. 9, al. 1, de la loi sur les allocations familiales (LAFam), il fallait retenir que les allocations ne sont déjà pas utilisées en faveur d'une personne à laquelle elles sont destinées lorsque, de manière avérée et contrairement à l'art. 8 LAFam, l'ayant droit ne transmet pas les sommes perçues au parent exerçant l'autorité parentale. Dans ce cas, le versement à un tiers doit être sans autre autorisé. Un examen préalable, par la CAF, pour vérifier que le parent détenteur de l'autorité parentale demandant un versement direct utilise les allocations dans leur but ne correspond pas au sens de la disposition légale et doit rester réservé aux autorités de protection de l'enfant.

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 |

