

18

Assurances sociales 2018

Rapport annuel selon l'article 76 LPGA



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Assurances sociales 2018

Rapport annuel selon l'article 76 LPGA

Approuvé par le Conseil fédéral le 21 juin 2019

Publié par l'Office fédéral des assurances sociales, 2019
OFCL, Diffusion publications, CH-3003 Berne,
www.bundespublikationen.admin.ch

Photo couverture : Walter Schurter, Köniz

318.121.18F 350 08.19 860415092

Informations complémentaires sur les assurances sociales

Statistique de poche « Les assurances sociales suisses » 2019

Numéro de commande 318.001.19F (français), 318.001.19D (allemand), 318.001.19I (italien), 318.001.19E (anglais)

« Statistique des assurances sociales suisses » 2019 (parution fin 2019)

Numéro de commande 318.122.19F (français), 318.122.19D (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 2018, rapport annuel du Conseil fédéral

Table des matières

Avant-propos	3
Survol général, perspectives et principaux développements	4
Résultats 2018: AVS, AI, PC et APG	4
Raisons de la progression des dépenses de 2007 à 2017	7
Le taux des prestations sociales, indicateur des prestations des assurances sociales	9
Contributions de la Confédération	10
Stratégie en matière de sécurité sociale	11
Survol par branches	25
AVS Assurance-vieillesse et survivants	26
AI Assurance-invalidité	34
PC Prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI	42
PP Prévoyance professionnelle	46
AMal Assurance-maladie	52
AA Assurance-accidents	62
AM Assurance militaire	66
APG Allocations pour perte de gain	70
AC Assurance-chômage	76
AF Allocations familiales	80
Evolution et mesures touchant l'ensemble du système	88
Aides financières à des organisations de l'aide privée aux personnes âgées ou handicapées	88
Recours contre le tiers responsable	90
Relations internationales	91
Recherche	94
Commissions extraparlimentaires fédérales	96
Jurisprudence	98
Abréviations	104

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 2018, mais tient également compte de l'évolution jusqu'à la fin de la session d'été 2019, le 21 juin.
- Les chiffres, les statistiques et les calculs prospectifs dépendent de la disponibilité des données : les assurances centralisées (AVS, AI, PC, APG, AC et AM) peuvent présenter leurs comptes et leurs statistiques après trois mois environ, tandis que les résultats des assurances décentralisées (PP, AMal, AA, AF) doivent d'abord être collectés et réunis, ce qui prend plus de temps.
- L'actualité du compte global dépend des données disponibles les plus récentes. Dans le présent rapport, le compte global se base sur les données relatives à l'état fin 2017, telles qu'elles se présentaient en avril 2019 (donc parfois encore provisoires).

Survol général, perspectives et principaux développements

Résultats 2018 : AVS, AI, PC et APG

Entre 2014 et 2017 (AVS) ou 2016 (régime des APG), l'évolution des cotisations des assurés n'est plus parvenue à compenser l'augmentation des dépenses. Ce déséquilibre est apparu dès 2009 dans l'AVS. En 2018 pourtant, l'évolution des cotisations à l'AVS/AI/APG a dépassé l'évolution des dépenses respectives, ce qui ne s'était plus produit depuis 2012. Si la situation économique devait encore s'améliorer, on pourrait parler d'une véritable inversion de tendance.

1^{er} pilier : Le 1^{er} pilier comprend les prestations de base du système suisse de prévoyance vieillesse, survivants et invalidité. Il est essentiellement financé par les cotisations salariales. Les cotisations à l'AVS et à l'AI ont progressé de 1,8 % en 2018. L'année précédente, elles étaient en hausse de 0,9 %. 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 variait entre -1,1 % et 0,5 %, ce qui signifie que les dépenses de l'AI avait tendance à diminuer légèrement.

AVS : L'AVS a connu en 2018 une augmentation des cotisations de 1,8 % (contre 0,9 % en 2017) 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, et de 1,8 % en 2018. La somme des rentes versées a augmenté dans les mêmes proportions que les cotisations. Le résultat de répartition reste ainsi le même en 2018 qu'en 2017, affichant -1039 millions de francs.

AI : En 2018, après échéance de la période de relèvement temporaire de la TVA, l'AI a une nouvelle fois enregistré un déficit (-237 millions de francs). Entre 2012 et 2017, l'AI avait présenté six fois de suite un résultat d'exploitation positif. Le résultat de répartition, hors produit des placements, a atteint

en 2018 -65 millions de francs (contre +797 millions en 2017). D'un point de vue macro-économique (recettes sans variations de valeur du capital, mais incluant le rendement des placements), le résultat des comptes est quasiment nul (7 millions de francs). La somme des dépenses dues aux rentes AI ordinaires a diminué depuis 2008, passant de 5,7 à 4,6 milliards de francs.

PC : Les dépenses des prestations complémentaires (PC), allouées sous condition de ressources, ont atteint 5,0 milliards de francs en 2018. Le taux de croissance des recettes et des dépenses, de 2,1 %, était supérieur à celui de 2017 (0,8 %), mais inférieur à celui des années 2014 à 2016. Pour la première fois depuis 2012, les PC à l'AI ont augmenté davantage que celles à l'AVS (respectivement 2,7 % et 1,7 %). 16,5 % de l'ensemble des bénéficiaires de prestations AVS et AI en Suisse ont perçu des PC en 2018. 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 2018, les PC ont amélioré de 8 % la somme des rentes AVS ; 12,5 % des bénéficiaires de rente de vieillesse et 9,1 % des personnes au bénéfice d'une rente de survivants ont bénéficié de PC en Suisse.

PC à l'AI : Les dépenses des PC à l'AI ont augmenté de 2,7 % en 2018, enregistrant ainsi la croissance la plus forte depuis 2013. Auparavant, des croissances plus importantes avaient régulièrement été enregistrées. La part des PC dans la somme des rentes AI a augmenté, passant à 49,3 %. En 2018, 47,4 % des bénéficiaires de rente AI ont perçu des PC.

APG : En 2018, les recettes ont diminué de 3,9 % et les dépenses de 2,5 %. Le recul des recettes s'ex-

plique principalement par une perte de valeur de 53 millions de francs, ce qui a abouti à un résultat d'exploitation de -12 millions de francs. Le résultat de répartition, hors produit des placements, est positif (25 millions de francs).

Survol général, perspectives et principaux développements

Résultats 2008 à 2018: AVS, AI et PC

Le graphique ci-dessous montre que le 1^{er} pilier affiche une nouvelle fois des taux de variation peu élevés en 2018. Du fait de la stabilité des prix de ces dernières années, les dépenses dans le domaine de la prévoyance VSI ont progressé d'à peine 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.

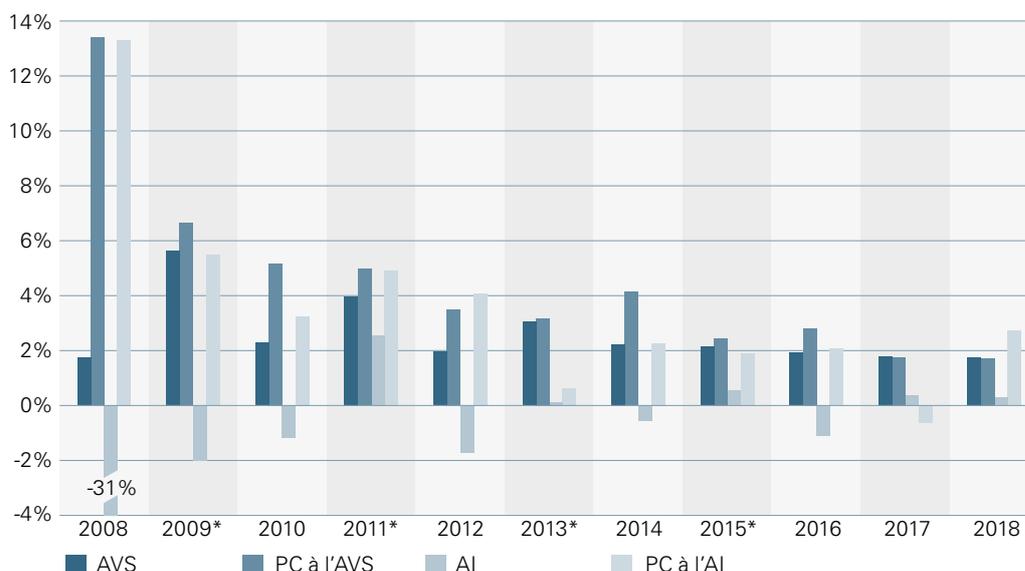
AI : En 2018, les dépenses de l'AI ont légèrement progressé (0,3 %), hausse qui n'a pas pu être compensée par les recettes qui ont reculé de -8,3 % (hors produit des placements) et de -12,9 % (avec produit des placements). Pour la première fois depuis 2011, les recettes de l'AI n'ont pas pu cou-

vrir les dépenses. Grâce aux excédents réalisés entre 2012 et 2017, la dette était passée de 14 994 à 10 284 millions de francs.

PC à l'AVS : En 2018, le taux de croissance enregistré (1,7 %) a été le plus faible depuis 2002. Les PC à l'AVS évoluent de manière analogue à cette assurance. 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 2018, 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. À l'exception de l'année 2017, ils dépassent systématiquement ceux de l'AI elle-même. Le bond de 2008 résulte de la réorganisation des PC à la suite de la RPT.

Dépenses du 1^{er} pilier de la prévoyance VSI de 2008 à 2018, taux de variation



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

Source : CGAS de l'OFAS, SAS 2019

Raisons de la progression des dépenses de 2007 à 2017

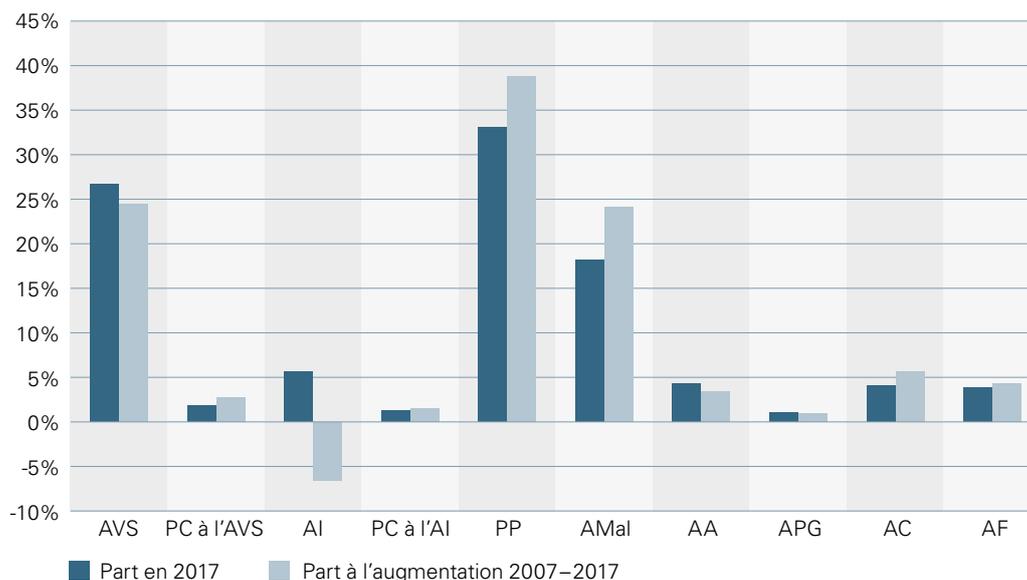
L'évolution des dépenses dépend principalement des risques couverts par les différentes assurances sociales. **Le compte global des assurances sociales (CGAS)** offre une vue d'ensemble précise des recettes et des dépenses respectives ; il est fondé sur les données de 2017 en raison de contraintes liées à la saisie.

Le graphique ci-dessous met en évidence la part des dépenses de chaque assurance sociale en 2017 par rapport aux dépenses totales, ainsi que leur contribution à l'augmentation globale des dépenses ces dix dernières années (2007–2017). Les dépenses totales consolidées ont été de 122 milliards de francs en 2007 et de 162 milliards en 2017, affichant ainsi une augmentation de 40 milliards de francs sur dix ans. L'écart de la croissance proportionnelle montre si la contribution à la croissance d'une assurance sociale spécifique est supérieure ou inférieure à sa part aux dépenses globales pour l'année 2017. Les dépenses consolidées de l'AC sont corrigées des cotisations aux assurances so-

ciales (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 %. Ces dix dernières années, elle a gagné en importance par rapport aux autres assurances sociales et c'est elle qui a le plus fortement contribué à l'augmentation des dépenses totales de 40 milliards de francs, puisque 16 milliards (39 %) lui sont imputables.
- Si les dépenses pour l'**AVS** représentent une part importante des dépenses totales (27 %), elles n'ont toutefois que peu contribué à leur augmentation en 2017. Leur part à l'augmentation des dépenses totales entre 2007 et 2017 est de tout juste 25 %, soit 10 milliards de francs.
- À l'aune des dépenses, l'**AMal** vient en troisième position des assurances sociales (18 %) et contribue pour une part supérieure à la moyenne, à

Évolution de la part des dépenses de 2007 à 2017



Source : CGAS de l'OFAS, SAS 2019

Survol général, perspectives et principaux développements

hauteur de 24 %, soit 10 milliards de francs, à l'augmentation des dépenses totales sur la période considérée.

- En 2017, l'**AI** arrive en quatrième position (6 %) bien que sa contribution à l'augmentation des dépenses totales des derniers dix ans ait été négative (-3 milliards de francs).
- La part de l'**AC** aux dépenses globales du CGAS s'élevait à 4 % en 2017. Entre 2007 et 2017, les dépenses de l'AC ont nettement contribué à l'augmentation des dépenses totales (6 %).

En résumé, sur le plan des dépenses globales, ce sont avant tout l'AMal, la PP et l'AC qui ont gagné en importance depuis 2007.

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 2,8 milliards de francs de dépenses en 2017, 1,7 % des dépenses des assurances sociales (qui atteignaient 162,1 milliards de francs). Les dépenses de l'aide sociale ont augmenté en moyenne de 3,6 % entre 2012 et 2017. Avec un taux d'aide sociale s'élevant à 3,3 % de la population résidante de Suisse en 2017, elle joue un rôle important parmi les instruments de la 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 22,2 %.

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.

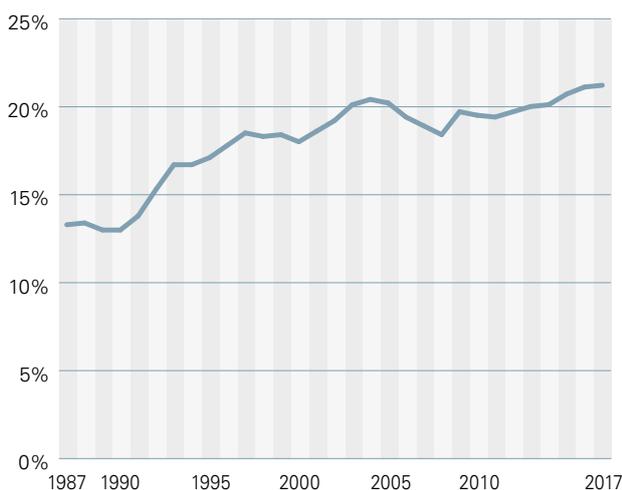
Il est passé de 13,3 % en 1987 à 21,2 % en 2017 (hausse de 7,9 points). L'augmentation en 2017 de

21,1 % à 21,2 % s'explique par une plus faible croissance du PIB par rapport à l'augmentation des prestations des assurances sociales. Pour que le taux des prestations sociales reste à 21,1 %, le PIB aurait dû croître de 2,1 % en 2017 à l'instar des prestations sociales. Vu que sa croissance a été nettement plus faible, n'atteignant que 1,2 %, le taux des prestations sociales a augmenté de 0,2 point. Ainsi, en 2017 comme en 2016 (+0,4 point), le poids des prestations sociales dans la répartition des revenus a progressé.

L'augmentation de 2017 est principalement due à l'augmentation des prestations dans la PP (+0,08 point), l'AMal (+0,06 point) et l'AVS (+0,05 point).

La contribution la plus importante à l'augmentation 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 2017



Source : CGAS de l'OFAS, SAS 2019

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 2019, p. 6).

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 du régime des PC. En 2018, elle a pu couvrir 2,9 milliards de francs (21 %) de sa contribution par des recettes à affecter

tation 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 sources des recettes affectées.

Contributions de la Confédération à l'AVS, à l'AI et aux PC en 2018, en millions de francs

	2018	Variation 2017/2018
Contributions de la Confédération¹		
à l'AVS	8'613	1,8%
à l'AI	3'601	0,1%
Contribution ordinaire		
Contribution supplémentaire aux intérêts de l'AI	–	–
aux PC	1'574	2,8%
Total	13'788	1,2%
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	2'081	-2,7%
Alcool	292	30%
Part de la TVA	493	1,6%
Total	2'866	0,6%

1 Contributions dues en vertu du compte final des assurances sociales, avril 2019.

2 Selon le compte d'État 2018.

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 confère à notre pays la stabilité politique particulièrement 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'accélérera 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 légal ;

- 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 et sont susceptibles d'entraîner des conséquences financières et structurelles pour les assurances sociales et qu'il s'agit de garder à l'esprit ;
- les changements démographiques, sociaux et techniques, 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, puisque des bouleversements économiques comme la crise financière de 2008–2009 peuvent aussi nuire à la stabilité des assurances sociales en Suisse ;
- le niveau bas des taux d'intérêt, voire des intérêts négatifs, qui rendent plus difficile le financement à long terme de la sécurité sociale et en accroissent les risques ;
- l'augmentation des flux migratoires, qui s'accompagne de grandes opportunités, mais aussi de risques financiers potentiels pour les assurances sociales ;
- la polarisation plus forte des débats politiques, qui rend plus ardue la recherche de compromis susceptibles de rallier une majorité ; l'échec de la réforme Prévoyance vieillesse 2020 a illustré cette situation.

Ces évolutions déploient des effets importants sur le système de sécurité sociale. Dans les années

Stratégie dans le domaine de la sécurité sociale

1990, les phénomènes économiques évoqués ont par exemple entraîné un relèvement du socle de chômage incompressible. Autre effet : les rendements durablement bas, voire négatifs, des placements présentant un minimum de sécurité augmentent la pression exercée sur le 2^e pilier de la prévoyance vieillesse, incitant à investir le capital des assurés en prenant davantage de risques afin d'obtenir un rendement suffisant. Dans ce contexte, une éventuelle crise des marchés financiers pourrait avoir des conséquences particulièrement graves pour les institutions de prévoyance. Autre effet : si la numérisation et la robotisation laissent espérer un progrès et une prospérité croissante, elles induisent aussi des changements sur le marché du travail (exigences en termes de qualification, disparition de certaines tâches, substitution du travail par du capital). Ces changements peuvent avoir à leur tour des effets sur les recettes des assurances sociales (cotisations et recettes fiscales), effets qui peuvent s'avérer bénéfiques ou néfastes.

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 2018 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 finance-

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

ment 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. D'après les scénarios financiers actuels, le déficit de répartition cumulé des années 2021–2030 s'élèvera à un montant total de 40 milliards de francs. Afin de rééquilibrer la situation d'ici à 2030 et d'atteindre le taux de couverture prescrit par la loi, correspondant aux dépenses annuelles de l'assurance, des moyens financiers à hauteur de 52 milliards de francs seront nécessaires. Grâce aux mesures inscrites dans la loi fédérale relative à la réforme fiscale et au financement de l'AVS, cette dernière engrangera chaque année environ 2 milliards de francs de recettes supplémentaires. Combinés avec les mesures de stabilisation prévues dans l'AVS, ces revenus permettront de réduire les besoins financiers de l'assurance à 23 milliards de francs. Des mesures supplémentaires seront toutefois nécessaires, faute de quoi le capital du Fonds de compensation ne suffira plus à financer les rentes à l'avenir. Dans ces circonstances, le Fonds de compensation adapte sa stratégie de placement puisqu'il doit disposer des liquidités nécessaires pour verser les rentes dans les délais. En 2018 déjà, il a lancé un programme systématique de désinvestissement, en libérant chaque mois des actifs pour un montant de 100 millions de francs. Selon toute probabilité, ce processus devrait être encore nettement plus important ces prochaines années. Contrairement aux années précédentes, les placements de l'AVS risquent d'être de moins en moins rémunérateurs et, dès que les réserves seraient devenues insuffisantes, l'AVS pourrait ne plus générer de revenu du tout. C'est à ce problème que s'attaque la réforme de l'AVS. Grâce aux mesures prévues par la loi fédérale relative à la réforme fiscale et au financement de l'AVS, acceptée en votation populaire le 19 mai 2019, l'AVS engrangera à partir de 2020 déjà environ 2 milliards de francs de recettes supplémentaires par année. D'autres

mesures seront toutefois nécessaires pour maintenir le niveau des prestations de la prévoyance vieillesse tout en assurant l'équilibre financier de l'assurance. Elles figureront dans le projet de stabilisation de l'AVS (AVS 21).

Objectifs et mesures stratégiques

Au cours de la dernière décennie, les projets visant l'adaptation du régime de la prévoyance vieillesse 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. La réforme Prévoyance vieillesse 2020, qui proposait une réforme du 1^{er} et du 2^e pilier a été également rejetée par le peuple et les cantons en septembre 2017. Après ce rejet, la situation financière de l'AVS est plus délicate encore. Pour stabiliser les finances de l'assurance, il faut trouver des ressources supplémentaires, lesquelles 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'assurance 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 décidé de ne plus regrouper le 1^{er} et le 2^e pilier au sein d'une même réforme, mais de proposer deux projets distincts (à l'exception du relèvement de l'âge de référence et de la flexibilisation de l'âge de la retraite) selon des calendriers différents. L'AVS doit être traitée en priorité. L'objectif des deux projets reste le même : maintenir le niveau des prestations et garantir l'équilibre financier du régime de la prévoyance vieillesse. Il conviendra aussi de mieux tenir compte des besoins en matière de flexibilité. Le 27 juin 2018, le Conseil fédéral a présenté l'avant-projet de stabilisation de l'AVS (AVS 21) et lancé la procédure de consultation, qui a pris fin le 17 octobre 2018. Il souhaite adopter le message relatif à la stabilisation de l'AVS (AVS 21) fin août 2019.

Stratégie dans le domaine de la sécurité sociale

Au vu de la situation financière de l'assurance et de l'urgence de la réforme, le projet se limite aux éléments indispensables pour maintenir le niveau des prestations et pour assurer le financement de la prévoyance vieillesse. À l'heure actuelle, l'âge de la retraite est de 65 ans pour les hommes et de 64 ans pour les femmes, tant dans l'AVS que dans la prévoyance professionnelle obligatoire. Les possibilités de percevoir les prestations de vieillesse de manière flexible sont limitées. Or ce système rigide ne répond plus aux besoins des assurés ni au contexte démographique. C'est pourquoi le terme d'« âge de la retraite » sera remplacé par celui d'« âge de référence ». Cet âge de référence sera fixé à 65 ans pour les hommes et pour les femmes dans l'AVS et dans la prévoyance professionnelle obligatoire. L'analyse des résultats de la votation du 24 septembre 2017 montre que, pour être acceptée, l'augmentation de l'âge de référence des femmes doit s'accompagner de mesures de compensation. Jusqu'en 2030, des mesures seront donc prises en faveur des femmes, et surtout celles qui disposent d'un revenu bas à moyen. La réforme prévoit de flexibiliser le moment de la retraite : il sera possible de percevoir la totalité ou une partie de la rente AVS entre 62 et 70 ans. La possibilité d'anticiper ou d'ajourner une partie de la rente devrait aussi être inscrite dans la prévoyance professionnelle. L'AVS a besoin de moyens financiers supplémentaires pour financer les rentes. Afin de couvrir ces besoins jusqu'en 2030, il est prévu de relever la TVA de 0,7 point de pourcentage.

Assurance-invalidité

Situation et défis

L'assurance-invalidité (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 6e 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. Quiconque 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 ad-

ditionnel. L'assurance peut ainsi rembourser sa dette envers le Fonds de compensation de l'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 transmis 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. Pour les enfants, ce sont avant tout les mesures médicales qui importent ; celles-ci sont prises en charge par l'AI en cas d'infirmité congénitale. Le projet propose plusieurs améliorations, notamment une plus grande concordance avec la loi sur l'assurance-maladie et l'introduction d'une nouvelle liste des médicaments AI. En outre, des améliorations portent sur le domaine du pilotage et de la gestion des cas. La révision met l'accent sur un meilleur accompagnement des assurés concernés. Les mesures ciblent en particulier les transitions entre l'école et le 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.

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 des interventions parlementaires, le Conseil fédéral a adopté, le 20 no-

vembre 2013, un rapport sur l'évolution des coûts des prestations complémentaires à l'AVS/AI et sur l'opportunité d'une réforme. Le rapport présente des possibilités d'amélioration de différents éléments du système des PC. Parallèlement, les loyers ont considérablement augmenté. Les montants maximaux pris en compte dans le calcul des PC au titre du loyer n'ont plus été adaptés depuis 2001 et ne couvrent plus les dépenses réelles d'environ un tiers des bénéficiaires. Le Conseil fédéral a donc lancé deux réformes : la première visait à relever les montants pris en compte pour les loyers, et le message correspondant a été adopté par le Conseil fédéral le 17 décembre 2014 ; la deuxième consiste en une révision plus fondamentale du système des PC, et le message afférent a été adopté le 16 septembre 2016. Le Parlement a adopté les deux réformes le 22 mars 2019.

Objectifs stratégiques et mesures décidées

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 régulièrement aux besoins actuels et leur financement par la Confédération et les cantons doit être supportable et pérenne. La réforme des PC doit permettre de réaliser les trois objectifs stratégiques suivants :

- **Maintien du niveau des prestations** : la garantie du minimum vital en tant que tâche du 1^{er} pilier a été inscrite dans la Constitution en 1972, en même temps que le principe des trois piliers. On entendait par là non seulement le minimum vital biologique, mais aussi un minimum vital social, garantissant aux assurés « un genre de vie simple, mais tout de même digne d'un être humain »⁵.

⁵ Cf. message du Conseil fédéral à l'Assemblée fédérale du 10 novembre 1971 à l'appui d'un projet portant révision de la Constitution dans le domaine de la prévoyance vieillesse, survivants et invalidité et rapport sur l'initiative populaire pour une véritable retraite populaire, FF 1971 II 1609, ici 1628.

Stratégie dans le domaine de la sécurité sociale

Pour respecter ce mandat constitutionnel, la réforme entend préserver le minimum vital tel qu'il est défini dans le droit des PC, afin aussi d'éviter un transfert vers l'aide sociale qui se traduirait par une charge supplémentaire pour les cantons.

- **Emploi de la fortune propre à des fins de prévoyance** : les PC doivent bénéficier de façon ciblée à des personnes qui, sans ce soutien, n'auraient pas même le minimum vital. Pour atteindre mieux encore cet objectif à l'avenir, il importe de prendre davantage en compte la fortune propre des personnes dans le calcul des PC.
- **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.

Afin d'atteindre ces objectifs, la réforme adoptée par le Parlement en mars 2019 prévoit entre autres les mesures suivantes :

- **Relèvement des montants maximaux** : Les montants maximaux pris en compte par les PC au titre du loyer seront relevés afin de mieux tenir compte des loyers effectifs. La charge locative n'étant pas la même dans les zones urbaines et dans les zones rurales, la réforme définit trois régions (grand centre, ville et campagne) avec des montants maximaux différents. Pour une personne seule vivant dans la région 1, le montant maximal s'élèvera désormais à 1370 francs par mois (contre 1100 francs actuellement).
- **Introduction d'un seuil de fortune** : À l'avenir, seules les personnes disposant d'une fortune de moins de 100 000 francs auront droit à une PC. Pour les couples mariés, ce seuil sera de 200 000 francs, et pour les enfants, de 50 000 francs. La

valeur des immeubles servant d'habitation ne sera toutefois pas prise en compte.

- **Réduction de la franchise sur la fortune** : La franchise sur la fortune prise en compte dans le calcul des PC sera réduite. Elle passera de 37 500 à 30 000 francs pour les personnes seules et de 60 000 à 50 000 francs pour les couples.
- **Prise en compte des dessaisissements de fortune** : Le calcul des PC tient compte également des éléments de fortune dont une personne s'est volontairement dessaisie. Il y a dessaisissement de fortune lorsqu'une personne renonce à des parts de fortune sans obligation légale ou sans contre-prestation équivalente. La réforme étend cette notion aux cas où une part importante de la fortune a été dépensée en peu de temps. Ainsi, si une personne disposant d'une fortune de plus de 100 000 francs dépense plus de 10 % de sa fortune en une année, le montant dépassant le seuil de 10 % sera considéré comme un dessaisissement. Pour les personnes ayant une fortune de moins de 100 000 francs, les montants supérieurs à 10 000 francs par an seront considérés comme un dessaisissement. Des dépenses plus élevées que ces limites continueront à être sans conséquence sur le calcul des PC, pour autant qu'elles répondent à des motifs importants que le Conseil fédéral définira plus précisément. Il s'agit surtout des frais liés à la couverture des besoins vitaux ou à l'entretien d'immeubles.
- **Obligation de restituer des héritiers** : Après le décès d'un bénéficiaire de PC, ses héritiers ont l'obligation de restituer les PC perçues. Un remboursement n'est toutefois dû que sur la part d'héritage dépassant 40 000 francs.
- **Prise en charge des coûts de l'accueil extra-familial pour enfants** : La réforme adapte le montant nécessaire à la couverture des besoins vitaux des enfants de moins de 11 ans. Pour le premier enfant, ce montant s'élève désormais à 590 francs par mois, contre 848 francs actuel-

lement. Pour chaque enfant suivant, ce montant est réduit d'un seizième. Le montant pour les enfants de 11 ans et plus reste inchangé et s'élève à 848 francs par mois. À partir du troisième enfant, le montant est réduit progressivement.

En contrepartie à ces réductions, les bénéficiaires peuvent faire valoir les coûts d'une forme reconvenue d'accueil extrafamilial (crèches, écoles à horaire continu, parents de jour), à condition qu'ils poursuivent une activité lucrative ou qu'ils ne puissent pas, pour des raisons de santé, s'occuper de leurs enfants.

- **Prise en compte du revenu de l'activité lucrative du conjoint :** Pour les couples mariés, les revenus et les dépenses des deux conjoints sont pris en compte dans le calcul des PC. Actuellement, ce dernier tient compte des deux tiers du revenu du conjoint. La réforme augmente cette part à 80 %.
- **Montant minimal des PC et prime d'assurance-maladie :** Le montant minimal des PC correspond aujourd'hui généralement à la prime d'assurance-maladie moyenne. Il est prévu de l'abaisser au niveau de la réduction des primes la plus généreuse accordée aux personnes qui n'ont pas droit aux PC. Il ne doit toutefois pas être inférieur à 60 % du montant de la prime moyenne de la région concernée. Dans la prise en compte de la prime d'assurance-maladie à titre de dépense, le droit en vigueur se réfère à la prime moyenne de la région. La réforme des PC prévoit que le calcul tienne compte de la prime effective si cette dernière est inférieure à la prime moyenne.
- **Mesures en faveur des chômeurs âgés dans la prévoyance professionnelle :** Un assuré qui perd son emploi après de 58 ans est aujourd'hui exclu automatiquement de la caisse de pension et doit se faire verser son avoir de vieillesse sur un compte de libre passage. Étant donné que les fondations de libre passage ne versent généralement pas de rentes, mais uniquement le capital, une disposition a été introduite pour permettre à

ces personnes de rester assujetties à la même institution qu'auparavant. Elles auront les mêmes droits que les autres assurés (intérêts, taux de conversion, rente).

La réforme des PC entraîne des dépenses et des recettes supplémentaires. Au final, une réduction des dépenses à hauteur d'environ 400 millions de francs est attendue. D'après les estimations, la Confédération verra ses dépenses augmenter d'environ 30 millions de francs, tandis que les cantons économiseront environ 430 millions. Sous réserve d'un référendum, le Conseil fédéral fixera vraisemblablement l'entrée en vigueur de la réforme des PC au 1^{er} janvier 2021.

Proches aidants

Situation et défis

Un besoin croissant de soins et d'assistance, qui ne peut pas être entièrement couvert par le système de santé, de nouvelles formes de vie commune au sein des familles ainsi qu'un taux d'activité croissant chez les femmes ont attiré l'attention de la politique sur l'assistance et les soins prodigués par les proches. Ces éléments ont poussé le Conseil fédéral à adopter, le 5 décembre 2014, un plan d'action de soutien et de décharge en faveur des proches aidants.

Ce plan d'action prévoit des mesures visant à permettre aux personnes concernées de mieux concilier activité professionnelle et prise en charge de proches. Pour les concrétiser, le Conseil fédéral a chargé l'administration le 1^{er} février 2017 de préparer un avant-projet en vue de le mettre ensuite en consultation.

Pour les parents et les personnes investies de l'autorité parentale, prodiguer à domicile des soins aux enfants malades ou handicapés représente une tâche particulièrement lourde, tant sur le plan personnel que sur les plans financier et organisationnel. Les possibilités existantes ne suffisent toutefois pas à les soulager. Dans le cadre de l'initiative parlementaire du conseiller national Rudolf Joder (12.470 « Meilleur soutien pour les enfants gravement ma-

Stratégie dans le domaine de la sécurité sociale

lades ou lourdement handicapés qui sont soignés à la maison »), des mesures supplémentaires devraient être mises en œuvre afin d'améliorer la situation des familles concernées.

Objectifs stratégiques et mesures prévues

Amélioration de la conciliation entre activité professionnelle et prise en charge de proches

Le 22 mai 2019, le Conseil fédéral a adopté le message relatif à la loi fédérale sur l'amélioration de la conciliation entre activité professionnelle et prise en charge de proches. Dans le cadre de ce message, il propose les mesures et les objectifs suivants :

- Les employeurs seront tenus de maintenir le paiement du salaire de leurs employés afin de leur permettre d'organiser la prise en charge d'un membre de la famille ou du conjoint en cas de maladie ou d'accident. Ce congé ne devra pas dépasser trois jours par cas, et dix jours par année.
- Les parents qui s'occupent d'un enfant gravement atteint dans sa santé à la suite d'une maladie ou d'un accident toucheront une allocation de prise en charge. Le congé de prise en charge durera au maximum quatorze semaines dans un délai-cadre de 18 mois. À partir de la naissance du droit, les personnes concernées bénéficieront durant six mois d'une protection contre le licenciement et leurs vacances ne pourront pas être réduites.
- Le droit aux bonifications pour tâches d'assistance de l'AVS sera étendu, d'une part à la prise en charge de personnes à impotence faible, d'autre part à la prise en charge du conjoint.
- L'allocation pour impotent et le supplément pour soins intenses de l'AI ne seront plus suspendus qu'après que l'enfant aura passé un mois civil à l'hôpital.

Amélioration du soutien aux familles

Les enfants gravement malades ou lourdement han-

dicapés ont droit à une allocation pour impotent, à un supplément pour soins intenses (SSI) et, dans certains cas, à une contribution d'assistance de l'AI. Afin que les familles aient plus de moyens financiers à leur disposition, le montant du SSI dont ils bénéficient a été augmenté à partir du 1^{er} janvier 2018. 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.

Modernisation de la surveillance

La surveillance de l'AVS est restée pratiquement inchangée depuis 1948. Cela vaut également pour le régime des APG et le système des PC, qui sont liés à l'AVS, ainsi que pour le régime des allocations familiales dans l'agriculture. En revanche, la surveillance de l'AI a été modernisée en profondeur lors de la 5^e révision de l'AI. Compte tenu de l'évolution technique, de l'importance croissante des systèmes d'information pour l'exécution du 1^{er} pilier et des exigences élevées auxquelles doit aujourd'hui faire face la gouvernance, un réexamen des bases légales de la surveillance s'impose. À la différence de ce qui prévaut dans l'AI, la surveillance de l'AVS est principalement réactive et fondée sur le contrôle. Les instruments disponibles ne sont plus actuels et les dispositions légales relatives à la gouvernance sont lacunaires. Ainsi, dans son organisation actuelle, la surveillance n'est guère en mesure d'identifier les défis futurs et d'y répondre, ou ne peut le faire que tardivement.

Le projet de réforme s'articule autour de trois axes principaux :

1. Pour l'AVS, le régime des APG, les PC, les allocations familiales dans l'agriculture et, si nécessaire, l'AI, la surveillance doit prêter une attention accrue aux risques. À cette fin, il est prévu

de soumettre les organes d'exécution à l'obligation légale de mettre en place des instruments modernes de gestion et de contrôle. Dans le même temps, de nouvelles bases légales sont nécessaires pour préciser les tâches et les responsabilités de l'autorité de surveillance.

2. Des dispositions fixant des exigences en matière d'indépendance, d'intégrité et de transparence sont prévues afin de garantir une bonne gouvernance dans le 1^{er} pilier.
3. D'autres dispositions devront garantir que les systèmes d'information présentent la stabilité et l'adaptabilité nécessaires et qu'ils assurent la sécurité et la protection des données.

Le projet prévoit également des améliorations ciblées dans le 2^e pilier, définissant notamment plus précisément les tâches de l'expert en matière de prévoyance professionnelle ou garantissant l'indépendance des autorités de surveillance régionales.

Le Conseil fédéral a mis l'avant-projet en consultation entre le 5 avril et le 13 juillet 2017. Entre-temps, l'OFAS a mené des discussions avec différents acteurs, afin de surmonter les réticences exprimées lors de la consultation. Le Conseil fédéral prévoit d'adopter le message correspondant au premier semestre 2019.

Assurance-maladie

Santé2020⁶ est une vue d'ensemble qui fixe les priorités de la politique sanitaire suisse pour les prochaines années. Le rapport correspondant, approuvé le 23 janvier 2013 par le Conseil fédéral, comprend 36 mesures, réparties en quatre domaines d'action, qui sont progressivement mises en œuvre. Ces mesures se fondent sur douze objectifs et permettent d'améliorer 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 2018 dix priorités. Dans le domaine de l'assurance-maladie, les deux priori-

tés définies ont pu être mises en œuvre. Il s'agit de l'adoption du message concernant la modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal), qui porte sur l'admission de fournisseurs de prestations, et de la mise en consultation du projet de révision partielle de la LAMal : Maîtrise des coûts – premier train de mesures.

Dans une perspective globale, le DFI a constitué, fin 2016, un groupe d'experts qu'il a chargé d'élaborer des mesures en vue de freiner la hausse des coûts dans l'AOS. Conformément à son mandat, le groupe d'experts a élaboré des mesures 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 chargées d'approuver les 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 l'ambulatoire à l'hôpital. Le Conseil fédéral a pris connaissance du rapport lors de sa séance du 25 octobre 2017.

Fin mars 2018, le Conseil fédéral a adopté un programme de maîtrise des coûts élaboré sur la base de ce même rapport et qui comporte à la fois des mesures déjà en place et des mesures inédites. Le programme engage tous les acteurs du système de santé à assumer leurs responsabilités en veillant à ce que les coûts n'augmentent que dans la mesure où ils sont justifiés sur le plan médical.

La plupart des nouvelles mesures seront vérifiées avant d'être mises en œuvre en deux temps. Un premier train de mesures vise à améliorer le contrôle des coûts et les réglementations tarifaires et à introduire un article relatif aux expériences et un système de prix de référence pour les médicaments. La procédure de consultation a eu lieu à l'automne 2018. Le deuxième train de mesures visant à maîtriser les coûts suivra en 2019. Son objectif consiste à alléger

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

Stratégie dans le domaine de la sécurité sociale

la charge de l'AOS par le biais de mesures visant les médicaments, par une meilleure transparence, et par l'introduction d'un objectif en matière d'évolution des coûts de l'AOS. Le Conseil fédéral décidera de l'aménagement concret des deux étapes et des mesures lorsqu'il lancera la procédure de consultation.

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 (CII).

Assurance-chômage

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

- Le service public de l'emploi entend préserver le principe de subsidiarité ; l'encouragement de l'initiative personnelle au moyen de l'activation de tous les demandeurs d'emploi doit encore être renforcé. 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).
- Les ressources de l'AC pour le conseil, le placement et l'encouragement des demandeurs d'emploi au chômage 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.
- 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, entrée en vigueur en 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

Prévention et lutte contre la pauvreté

En 2018, le programme national contre la pauvreté s'est achevé comme prévu. Comme le montre son évaluation, les activités réalisées ont produit des résultats tangibles : pendant ses cinq années d'existence, le programme national a permis d'élaborer des bases solides en matière de prévention et de lutte contre la pauvreté, d'identifier et de promouvoir les bonnes pratiques, de mettre en réseau les acteurs compétents et de diffuser régulièrement des informations. Le programme a donc contribué à nourrir des débats de qualité sur la prévention de la pauvreté ainsi qu'à sensibiliser à cette question les principaux acteurs concernés. Le Conseil fédéral a pris connaissance des résultats du « Programme national de prévention et de lutte contre la pauvreté 2014–2018 » le 18 avril 2018. Dans son rapport, il constate que, malgré les progrès réalisés, il reste beaucoup à faire en matière de prévention de la pauvreté, compte tenu du taux actuel de pauvreté de 7,5 % et de la mutation structurelle de l'économie. À l'occasion de la conférence nationale contre la pauvreté du 7 septembre 2018, la Confédération, les cantons, les villes et les communes ont signé une déclaration commune, s'engageant à poursuivre leur collaboration en matière de prévention de la pauvreté dans le cadre de la plateforme nationale contre la pauvreté 2019–2024. La Confédération continuera donc de mettre à disposition des plateformes pour l'échange des connaissances et la mise en réseau et de travailler sur un certain nombre de thèmes prioritaires. Les cantons, les villes et les communes vont mettre en œuvre, dans leurs domaines de compétences respectifs, les recommandations formulées

dans le cadre du programme national contre la pauvreté. À cette fin, ils vont contrôler l'efficacité des mesures existantes et les développer.

Les cinq prochaines années, les activités de la plateforme nationale contre la pauvreté se concentreront sur les buts suivants :

- Améliorer et coordonner les mesures de soutien pour les jeunes à risque lors de leur entrée dans la formation professionnelle et sur le marché du travail, ainsi que développer les aides fournies aux services sociaux pour le soutien des adultes n'ayant pas terminé leur formation initiale, afin que ces derniers puissent améliorer leurs compétences de base, leurs qualifications professionnelles et par là leur situation professionnelle (champ d'action Chances de formation).
- Identifier et tester des modèles prometteurs de participation des personnes concernées pour l'élaboration de mesures de prévention de la pauvreté dans les communes, les régions et sur le plan national, ainsi que garantir une protection juridique appropriée et des prestations de conseil juridique facilement accessibles pour les personnes menacées ou touchées par la pauvreté (champ d'action Intégration sociale et professionnelle).
- Réaliser un aperçu des bonnes pratiques et de la coordination des différentes mesures servant à empêcher et à prévenir la pauvreté des familles (champ d'action Conditions de vie générales).

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

Sur le plan international, les objectifs sont les suivants :

- défendre les intérêts de la sécurité sociale suisse

dans les organisations internationales et vis-à-vis d'autres États ;

- garantir une protection d'assurance sociale proportionnée aussi pour les personnes qui se rendent à l'étranger ou immigreront en Suisse, en veillant à ce que la compensation des prétentions affecte aussi peu que possible les structures du système suisse de la sécurité sociale et 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 étrangers, prise en compte des périodes d'assurance étrangères en vue de l'acquisition d'une prestation, exportation des prestations en espèces et prise en charge des soins de santé fournis à l'étranger. Grâce à la coordination des prestations des assurances sociales en vertu de l'ALCP et de la Convention AELE, les ressortissants suisses ont eux aussi la garantie que le fait d'entreprendre une activité lucrative dans un État membre de l'UE ou de l'AELE ne leur fera perdre aucun droit aux prestations de ces assurances. Les prescriptions de coordination ne s'appliquent pas à l'aide sociale.

Stratégie dans le domaine de la sécurité 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. Concernant les relations avec le Royaume-Uni, il cherche surtout à protéger les droits acquis et à trouver une solution de rechange ou une nouvelle réglementation des rapports pour la phase qui suivra le Brexit.

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 anti-fraude 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. Dans le cadre de la révision de la LPGA, le Conseil fédéral avait proposé d'octroyer au Parlement la compétence de conclure des conventions de sécurité sociale lorsque leur contenu est similaire aux conventions déjà existantes et de ne pas les soumettre au référendum facultatif. Les deux chambres fédérales ont toutefois rejeté cette délégation des compétences. Les conventions seront donc soumises au référendum facultatif.

Numérisation

Le terme de « numérisation » désigne le traitement électronique d'informations. Trois évolutions liées entre elles portent à croire que nous assistons actuellement à une étape dans le développement technique qui, en raison de la numérisation, ouvrira des possibilités entièrement nouvelles. Premièrement, les capacités de stockage et de traitement augmentent de manière exponentielle. Cela permet, deuxièmement, de stocker et de traiter des quantités considérables de données (« big data ») provenant de différentes sources, qui peuvent être combinées ou analysées à l'aide d'algorithmes d'apprentissage automatique (« intelligence artificielle »). Troisièmement, l'Internet permet non seulement de faciliter et d'accélérer l'échange entre les personnes et les entreprises à travers le monde entier, mais aussi de relier des appareils et des machines entre eux (« Internet des objets »). Ces nouvelles possibilités ouvrent la voie à des techniques innovantes, comme l'enchaînement et le stockage décentralisé de jeux de données cryptés (« blockchain »).

Les experts partent aujourd'hui de l'idée que ces possibilités vont transformer radicalement les structures des entreprises, les chaînes de valeurs et les processus de production et d'affaires, ce qui pourrait avoir des effets sur le nombre et la nature des emplois, sur les exigences posées aux employés et sur les formes de travail. Il est difficile à l'heure actuelle d'évaluer pleinement l'ampleur et les effets de ces changements. La question de savoir si la numérisation entraînera un accroissement ou une réduction du nombre d'emplois fait par exemple débat.

Dans son rapport sur l'impact de la robotisation de l'économie sur la fiscalité et le financement des assurances sociales⁷, le Conseil fédéral montre que rien n'indique pour l'heure une évolution préoccupante de l'emploi et des revenus qui puisse être imputée à la transformation numérique. Au lieu de cela, les salaires

⁷ « Une étude prospective sur l'impact de la robotisation de l'économie sur la fiscalité et le financement des assurances sociales ». Rapport du Conseil fédéral donnant suite au postulat 17.3045 Schwaab du 1.3.2017.

ont tendance à augmenter ces derniers temps, ce qui augmente tant les recettes fiscales que les cotisations aux assurances sociales.

Les assurances sociales doivent saisir les opportunités qu'offre la numérisation afin que l'exécution soit plus efficace et serve mieux les bénéficiaires. Parallèlement, il faut s'assurer que même si les conditions changent, la sécurité sociale reste garantie pour tous les citoyens, en leur offrant une couverture ciblée contre des risques spécifiques tels que maladie, chômage, invalidité ou vieillesse.

Développer la cyberadministration des assurances sociales et exploiter le potentiel de la numérisation

La Confédération, les cantons et les communes poursuivent une stratégie commune de cyberadministration. Pour les assurances sociales, cela implique que soient développés des systèmes informatiques permettant aux entreprises (employeurs et indépendants) de remplir les exigences réglementaires liées aux assurances sociales moyennant une charge administrative aussi réduite que possible. Des exemples concrets ont été mis en place à travers des Extranets et des plateformes sécurisées d'échange électronique de données permettant aux employeurs de transmettre les informations pertinentes aux organes d'exécution (par ex. l'Extranet des caisses de compensation ou le réseau d'échange des données salariales suisse Swissdec). Par ailleurs, l'OFAS pilote actuellement un projet de numérisation des processus pour le régime des allocations pour perte de gain (APG). Le développement de la cyberadministration des assurances sociales donne également l'occasion de passer en revue de manière critique la logique sous-jacente aux différents processus afin, le cas échéant, de les standardiser et de les simplifier moyennant des adaptations du droit.

À l'instar de toute entreprise, les institutions en charge des assurances sociales doivent, elles aussi, améliorer en permanence leur productivité et faire un

usage économe de leurs ressources. L'exploitation du potentiel des outils numériques dans les processus de gestion interne des assurances sociales devrait permettre de réduire les délais de traitement des dossiers et d'en augmenter la fiabilité, de garantir la sécurité des données personnelles et de réduire les frais d'administration des assurances sociales. Ces gains en matière d'efficacité bénéficieraient à l'ensemble des entreprises et des assurés, contribuant à renforcer la confiance et le soutien des citoyens envers le système des assurances sociales.

Défis actuels de la numérisation concernant la couverture sociale

Lorsque l'offre et la demande se rencontrent directement sur des plateformes ou au sein de l'économie collaborative, de nouvelles formes de travail surgissent. Elles effacent les frontières traditionnelles entre travail salarié et travail indépendant, ce qui place les assurances sociales face à des défis majeurs.

Cela ne signifie toutefois pas qu'il faille modifier le but de la sécurité sociale. Celui-ci demeure en effet inchangé et consiste en l'octroi ciblé d'un revenu complémentaire ou de substitution aux personnes qui ont perdu leur emploi ou qui ne sont pas ou plus capables de subvenir elles-mêmes à leurs besoins. Le régime de sécurité sociale est régi par des normes juridiques précises. Il s'agit d'examiner la possibilité d'assouplir ces normes afin de ne pas freiner la création de nouveaux emplois, tout en évitant d'instaurer un système qui conduirait à une précarisation et à un appauvrissement des personnes touchées et aboutirait à une sous-assurance.

Sur demande du Conseil fédéral, une analyse est en cours actuellement qui vise à évaluer s'il y a lieu d'adapter le régime suisse de sécurité sociale. Le DFI et en particulier l'OFAS ont été chargés de présenter un rapport fin 2019, afin de pouvoir juger de la nécessité d'un assouplissement du droit des assurances sociales. Ils examineront la situation en collaboration avec le DEFR, le DFJP et le DFF, en partant de l'analyse des possibilités et des limites du droit des assurances sociales en

vigueur, compte tenu de la numérisation croissante du marché du travail. Il s'agira de proposer et d'évaluer plusieurs solutions aux problèmes que le régime actuel des assurances sociales ne parvient pas à résoudre. Ces solutions ne devraient toutefois ni augmenter le risque de pauvreté au sein de la population ni reporter la charge financière des entreprises vers les pouvoirs publics (PC, aide sociale).

Survol par branches

AVS	Assurance-vieillesse et survivants	26
AI	Assurance-invalidité	34
PC	Prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI	42
PP	Prévoyance professionnelle	46
AMal	Assurance-maladie	52
AA	Assurance-accidents	62
AM	Assurance militaire	66
APG	Allocations pour perte de gain	70
AC	Assurance-chômage	76
AF	Allocations familiales	80

AVS Assurance-vieillesse et survivants

1 Chiffres clés actuels de l'AVS

Recettes 2018	41'835 mio fr.
Dépenses 2018	44'055 mio fr.
Résultat 2018	-2'220 mio fr.
Compte de capital 2018	43'535 mio fr.

Rente de vieillesse maximale	2019	2'370 fr.
Rente de vieillesse minimale	2018	1'185 fr.
Montant moyen de la rente de vieillesse, en Suisse	2018	1'851 fr.

Bénéficiaires de rentes de vieillesse	2'363'780
Bénéficiaires de rentes de survivants	191'082

Bénéficiaires en Suisse et à l'étranger, en décembre 2018

Rapport de dépendance AVS	1990	26,7 %
	2017	30,8 %
	2030	41,3 %

Un rapport de dépendance de 30,8 % signifie qu'il y avait environ 31 rentiers pour 100 actifs en 2017.

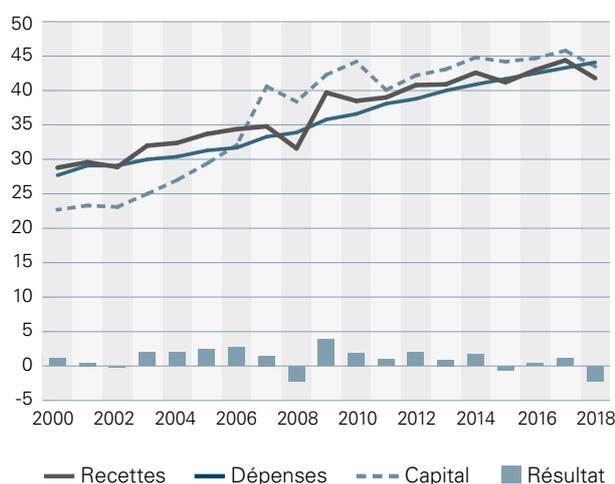
En 2018, l'AVS présentait un résultat de répartition négatif pour la cinquième année consécutive, d'une valeur identique à celle de l'année précédente (-1039 millions de francs). Le résultat d'exploitation inclut le produit des placements. Ce dernier et, partant, le résultat d'exploitation fluctuent 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 et en 2018 (-2220 millions de francs) en raison des faibles performances boursières.

Évolution en 2018

À la fin de 2018, la fortune de l'AVS se montait à 43,5 milliards de francs et passait ainsi pour la première fois depuis 2005 sous le niveau des dépenses d'une année (98,8 %). Le résultat de répartition – hors produit courant du capital – a stagné à -1039 millions de francs. Si l'on ne considère que les affaires d'assurance (hors produit des placements), c'est la cinquième année consécutive que les résultats sont négatifs. Les dépenses au titre des prestations sociales ont augmenté de 1,8 % en 2018, comme en 2017. En chiffres absolus, les dépenses de l'AVS se sont chiffrées à 44 055 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.

Les cotisations des assurés (+1,8 %) et les contributions des pouvoirs publics (+1,7 %) ont progressé de manière comparable à l'augmentation des dépenses.

Recettes (y c. variations de valeurs du capital), dépenses, résultat et capital de l'AVS

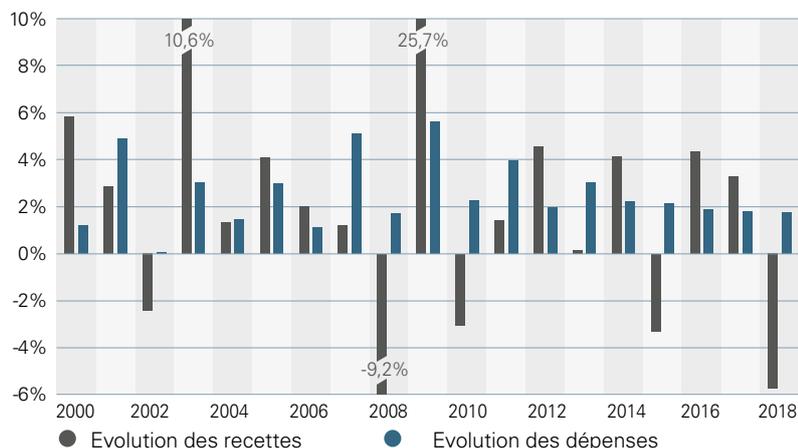


En 2015, pour la première fois depuis la crise financière de 2008, les recettes de l'AVS (y compris les variations de valeur du capital) ont de nouveau été inférieures aux dépenses. Grâce à une conjoncture boursière favorable, le résultat d'exploitation de l'AVS a été positif en 2016 et en 2017, se chiffrant à respectivement 438 et 1087 millions de francs. En 2018, il a enregistré un déficit de l'ordre du milliard de francs, principalement en raison d'une évolution boursière cette fois défavorable.

Du fait de l'évolution boursière fin 2018, combinée à la tendance économique qui ressort des résultats du CGAS, la réserve de capital de l'AVS est passée pour la première fois depuis 2005 sous le niveau des dépenses d'une année (98,8 %).

AVS Assurance-vieillesse et survivants

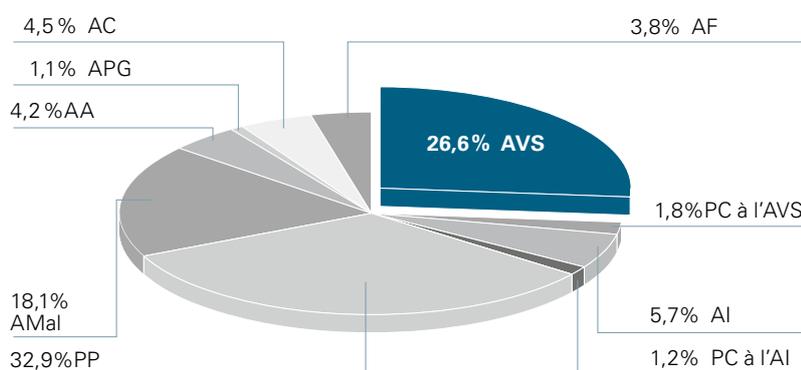
3 Evolution des recettes et des dépenses de l'AVS, de 2000 à 2018



En 2018, l'évolution des recettes et des dépenses de l'AVS a nettement faibli par rapport à l'année précédente, du fait que la perspective inclut les variations de valeur du capital (influence de la Bourse). Les recettes de l'AVS, si l'on exclut les variations de valeur du capital mais qu'on inclut le produit courant du capital (perspective de production économique), ont augmenté de 0,7 milliard de francs.

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

4 L'AVS dans le CGAS 2017

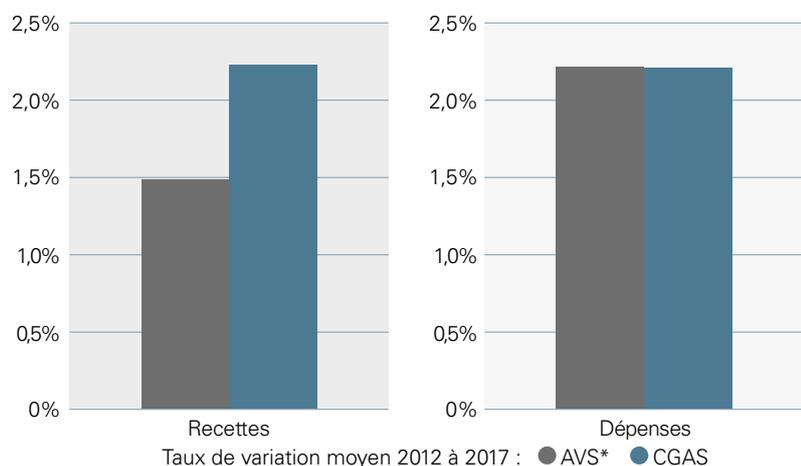


Dépenses 2017 : 162,1 mia de fr.

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 2012 à 2017 : Le taux de croissance moyen des recettes de l'AVS (1,5 %) a été inférieur à celui des recettes du CGAS (2,2 %).

Dépenses de 2012 à 2017 : 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 (2,2 %).

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

AVS Assurance-vieillesse et survivants

Finances

Compte d'exploitation 2018 de l'AVS, en millions de francs

	2018	Variation 2017/2018
Recettes	41'835	-5,7%
Cotisations des assurés et des employeurs	31'718	1,8%
Contributions des pouvoirs publics	11'295	1,7%
Confédération	8'613	1,8%
TVA	2'408	1,6%
Imposition des maisons de jeu	274	0,7%
Produit des placements	-1'181	-155,6%
Produit courant du capital	569	-14,3%
Variations de valeur du capital	-1'750	-219,7%
Produit des actions récursoires	4	-29,4%
Autres recettes	0	-
Dépenses	44'055	1,8%
Prestations en espèces	43'642	1,8%
Rentes ordinaires	43'466	1,8%
Rentes extraordinaires	6	-6,8%
Transferts et remboursement de cotisations aux étrangers	58	9,5%
Allocations pour impotent	590	0,6%
Allocations de secours aux Suisses de l'étranger	0	-5,9%
Créances en restitution, net	-478	-2,3%
Coûts des mesures individuelles	91	8,3%
Subventions à des institutions et organisations	108	-7,6%
Frais de gestion	14	4,0%
Frais d'administration	201	2,1%
Résultat d'exploitation	-2'220	-304,2%
Résultat de répartition (hors produit des placements)	-1'039	0,0%
Résultat selon le CGAS (hors variation de valeur du capital)	-470	-25,3%
Capital	43'535	-4,9%

Les recettes totales de l'AVS ont diminué de 5,7 % en 2018, passant de 44 379 à 41 835 millions de francs. Les recettes de l'assurance au sens propre, c'est-à-dire hors produit des placements et intérêts sur la dette de l'AI, ont progressé de 1,8 % par rapport à l'année précédente, pour atteindre 43 016 millions de francs. Globalement, les cotisations des assurés et des employeurs ont augmenté de 1,8 % par rapport à l'année précédente, les cotisations salariales progressant de 2,2 %, les cotisations personnelles (des indépendants et des personnes sans activité lucrative) diminuant de 1,4 % et la part des cotisations prélevées sur les indemnités de chômage reculant de 8,3 %. Les recettes provenant des cotisations ont couvert en tout 72,0 % 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 8 613 millions de francs. Les recettes provenant de la TVA, c'est-à-dire le point de pourcentage démographique, ont augmenté (+1,6 %), passant à 2 408 millions de francs.

Les dépenses totales de l'AVS se sont accrues de 1,8 %, pour atteindre 44 055 millions de francs. Les prestations en espèces, qui comprennent les rentes, les allocations pour impotent, les prestations en capital, les transferts et les remboursements de cotisations, représentent 99,1 % des dépenses.

Celles-ci ont atteint 43 642 millions de francs, enregistrant une hausse de 1,8 %. Cette augmentation est due à l'évolution démographique (nombre de retraités). Avec une hausse de 1,8 %, les rentes ont connu une progression plus forte que les allocations pour impotent (+0,6 %). Les autres domaines (coûts des mesures individuelles, subventions à des organisations, frais de gestion et d'administration) ont occasionné des dépenses de 413 millions de francs, ce qui représente une hausse de 3 millions de francs ou de 0,7 % par rapport à l'année précédente.

Le résultat de répartition (c'est-à-dire le résultat annuel hors produit des placements) est négatif, à -1039 millions de francs, comme en 2017.

Avec des recettes globales de 41 835 millions de francs et des dépenses de 44 055 millions, le compte d'exploitation de l'AVS a bouclé sur une perte de 2 220 millions de francs. Le compte de capital de l'AVS a diminué dans la même proportion pour s'établir à 43 535 millions de francs (fin 2017 : 45 755 millions).

AVS Assurance-vieillesse et survivants

Évolution des rentes

En principe, le Conseil fédéral examine tous les deux ans la nécessité d'adapter les rentes de l'AVS et de l'AI à l'évolution des salaires et des prix. Le dernier relèvement des rentes en date avait eu lieu le 1^{er} janvier 2015 ; une telle adaptation ne se justifiait pas les années suivantes en raison de la faible évolution des salaires et des prix. Sur la base des derniers calculs et des recommandations de la Commission AVS/AI, le Conseil fédéral a décidé un relèvement des rentes minimales de l'AVS et de l'AI, au 1^{er} janvier 2019, pour les faire passer de 1175 à 1185 francs, ce qui représente une hausse de 0,9 %.

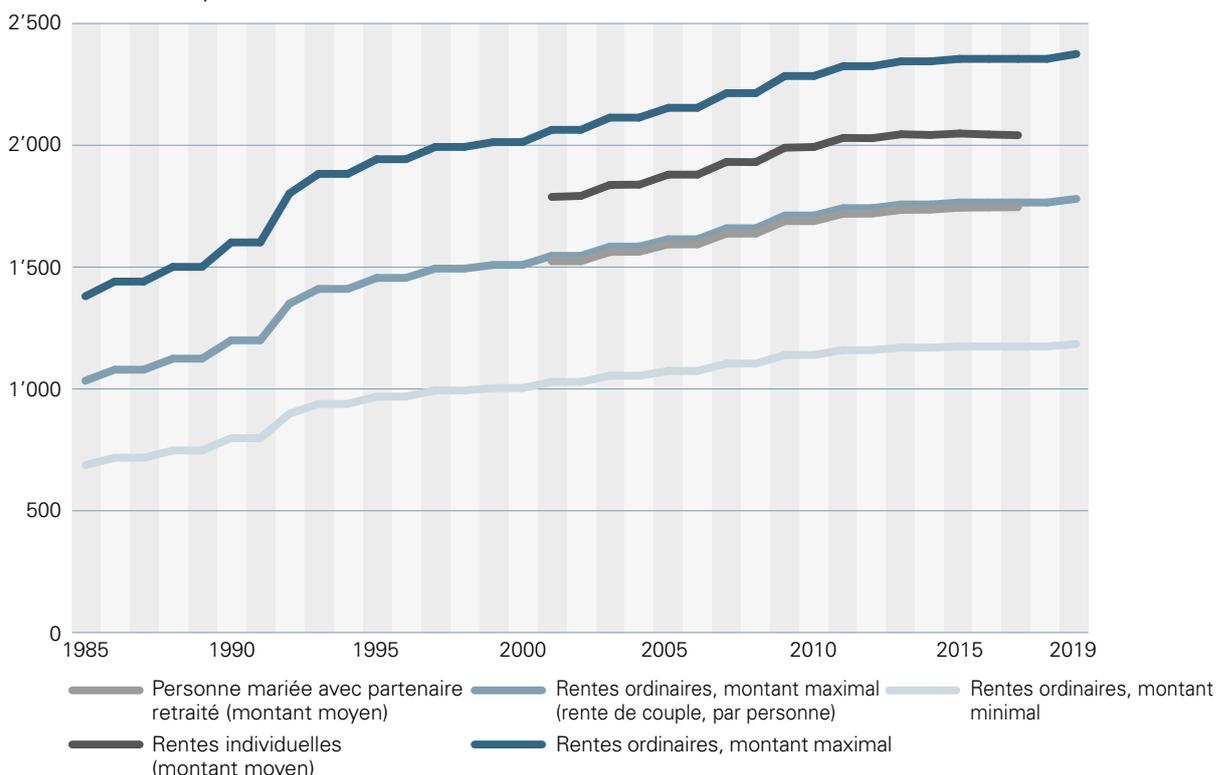
L'adaptation des rentes minimales a entraîné d'autres modifications, en particulier dans le domaine des cotisations (barème dégressif des cotisations et cotisations minimales), dans les prestations complémentaires (montants destinés à la couverture des besoins vitaux), dans la prévoyance professionnelle obligatoire

(déduction de coordination et seuil d'accès) et dans le 3^e pilier (déduction fiscale autorisée).

Le relèvement des rentes de vieillesse entraînera des dépenses supplémentaires de 380 millions de francs (dont 74 millions à la charge de la Confédération) pour l'AVS et de 50 millions de francs pour l'AI, soit un total de 430 millions de francs. L'adaptation des prestations complémentaires aura des conséquences financières à hauteur de 2,1 millions de francs (1,3 million étant à la charge de la Confédération et 0,8 million, à la charge des cantons).

Le graphique suivant montre l'évolution récente des rentes AVS. Alors que ces dernières connaissaient auparavant une croissance régulière, elles sont entrées en 2015 dans une période de stagnation qui a aussi affecté les rentes moyennes, et elles sont reparties à la hausse en 2019 avec une augmentation de 10 francs à compter du 1^{er} janvier.

Rente AVS (rente complète en Suisse)



Réformes

Loi sur les fonds de compensation

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). Avec l'entrée en vigueur de cette loi, les fonds de compensation de l'AVS, de l'AI et du régime des APG ont été transférés dans un établissement de droit public (compenswiss) inscrit au registre du commerce.

Ce nouvel établissement gérant les fonds de compensation est doté d'un statut juridique clair afin de mieux garantir le respect des principes de bonne gouvernance, de transparence et de surveillance. Comme il assume des fonctions publiques, il est assujéti à la loi sur les marchés publics, sauf en ce qui concerne les mandats de gestion de fortune.

La mise en œuvre de la loi sur les fonds de compensation s'est déroulée par étapes : le 1er janvier 2018, le Conseil fédéral a mis en vigueur une première partie de la loi afin de mettre en place les conditions organisationnelles nécessaires au transfert des fonds de compensation dans la nouvelle entité juridique. Au 1er janvier 2019, la loi est entrée en vigueur dans son intégralité et l'établissement a entamé son activité opérationnelle sous sa nouvelle forme juridique. Le transfert sera achevé à la fin du premier semestre 2019 avec l'approbation par le Conseil fédéral du bilan définitif d'ouverture et d'opération de l'établissement.

Stabilisation de l'AVS (AVS 21) et RFFA

Le 27 juin 2018, le Conseil fédéral a présenté un avant-projet de stabilisation de l'AVS (AVS 21) et l'a mis en consultation jusqu'au 17 octobre 2018. Lors de sa séance du 20 février 2019, il a pris connaissance des résultats de la consultation et a décidé de la suite à donner. Le message relatif à la stabilisation de l'AVS devrait être approuvé fin août 2019.

Le projet comprend les mesures suivantes :

- harmonisation de l'âge de référence à 65 ans (dans le 1^{er} et le 2^e pilier) ;
- compensation appropriée 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 62 et 70 ans ;
- financement additionnel de l'AVS par le biais d'un relèvement de la TVA.

Le 28 septembre 2018, le Parlement a adopté la loi fédérale relative à la réforme fiscale et au financement de l'AVS (RFFA), qui a été acceptée par le peuple suisse lors de la votation populaire du 19 mai 2019 et qui, sur le plan social, prévoit de compenser les pertes de recettes fiscales par l'attribution d'un montant équivalent à l'AVS. Avec la hausse des cotisations salariales et de la contribution de la Confédération ainsi que l'attribution à l'AVS de l'intégralité du pour-cent démographique de la TVA, la RFFA permet ainsi à l'AVS d'engranger chaque année plus de 2 milliards de francs de recettes supplémentaires. Grâce à cette hausse des recettes, l'augmentation de la TVA prévue dans le cadre d'AVS 21 pourra être ramenée à 0,7 point.

Utilisation systématique du numéro AVS par les autorités

L'utilisation systématique du numéro AVS comme identifiant personnel permet de rendre les procédures administratives plus efficaces et moins coûteuses. Le 7 novembre 2018, le Conseil fédéral a présenté un avant-projet de modification de la LAVS et l'a mis en consultation jusqu'au 22 février 2019. Il entend ainsi répondre aux desiderata des autorités des trois niveaux étatiques, qui souhaitent utiliser davantage le numéro AVS dans leurs tâches administratives.

Selon ce projet, les autorités de la Confédération,

AVS Assurance-vieillesse et survivants

des cantons et des communes pourront utiliser de manière systématique le numéro AVS dans l'accomplissement de leurs tâches légales. Par contre, les institutions qui, sans avoir le caractère d'une autorité, sont chargées de l'exercice d'un mandat public auront toujours l'obligation d'obtenir une autorisation spéciale pour pouvoir utiliser systématiquement le numéro AVS.

Par conséquent, le risque d'abus n'augmentera pas. La Confédération et les cantons devront néanmoins veiller à un contrôle permanent. Quiconque sera autorisé à utiliser le numéro AVS devra garantir la protection des données et la sécurité de l'information.

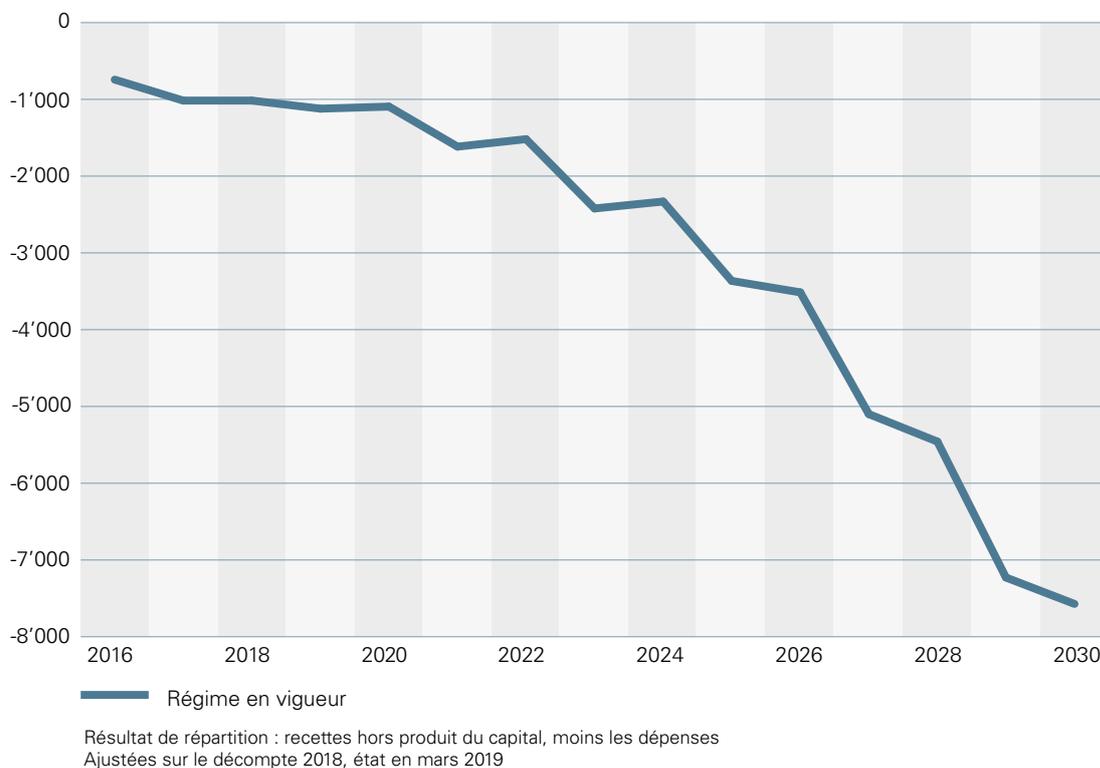
Perspectives

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 0,8 %. En

Évolution du résultat de répartition de l'AVS, en millions de francs (aux prix de 2019)



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

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.

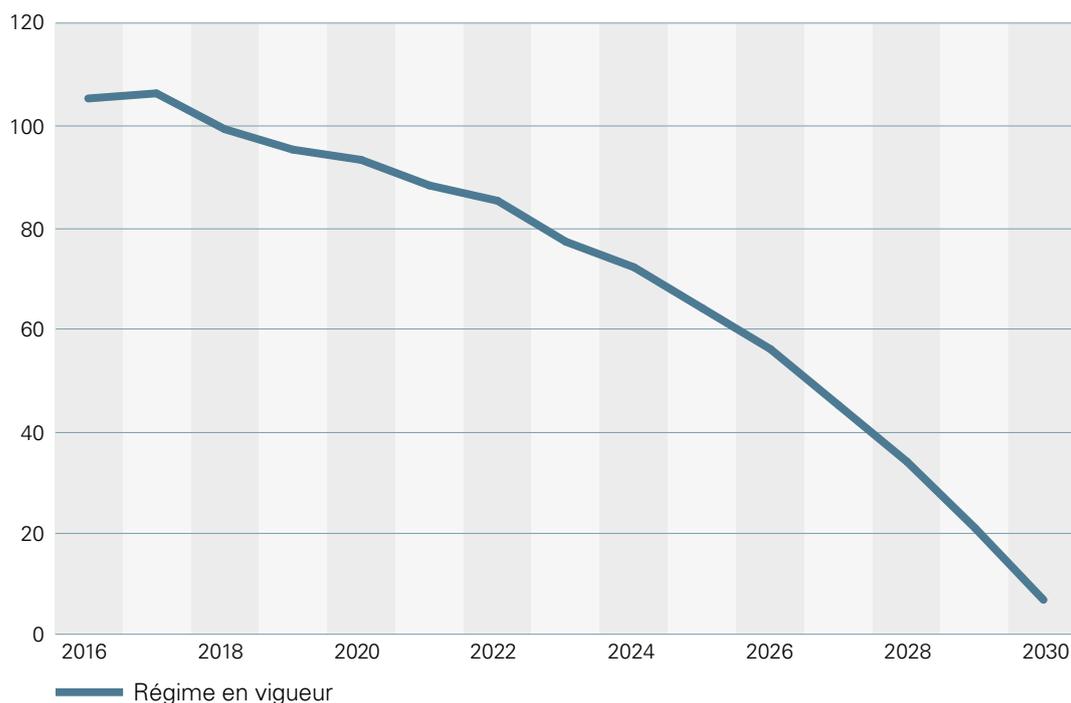
Pour l'assurance, c'est surtout le résultat de répartition qui est important ; il ne tient pas compte du produit des placements en raison du caractère très fluctuant de ce dernier.

Le graphique de la page précédente montre l'évolution du résultat de répartition de l'AVS. À partir de 2017, on constate des déficits dépassant le mil-

liard de francs. Le produit du capital dégagé par le Fonds de compensation de l'AVS ne suffit dès lors plus à les combler.

Le graphique ci-dessous illustre l'évolution attendue du compte de capital de l'AVS. Il montre que, sans modification du régime en vigueur, le Fonds de compensation de l'AVS serait épuisé vers la fin des années 2020.

Capital de l'AVS en % des dépenses (aux prix de 2019)



Compte de capital de l'AVS, en % des dépenses
Ajustées sur le décompte 2018, état en mars 2019

AI Assurance-invalidité

1 Chiffres clés actuels de l'AI

Recettes 2018	9'025 mio de fr.
Dépenses 2018	9'261 mio de fr.
Résultat 2018	-237 mio de fr.
Fonds de compensation AI 2018	4'763 mio de fr.
Dette envers l'AVS 2018	-10'284 mio de fr.

Rente d'invalidité maximale	2018	2'370 fr.
Rente d'invalidité minimale	2019	1'185 fr.
Montant moyen de la rente d'invalidité en Suisse	2018	1'472 fr.

Bénéficiaires de rentes d'invalidité	248'028
Rentes pour enfant, nombre d'enfants	65'915

Bénéficiaires en Suisse et à l'étranger, décembre 2018

Probabilité de percevoir une prestation de l'AI, 2018	
10 à 19 ans	8,8 %
30 à 39 ans	3,9 %
50 à 59 ans	10,4 %

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 des rentes d'invalidité avait atteint un pic en décembre 2005, avec 252 000 rentes, chiffre qui a baissé jusqu'en décembre 2018 pour s'établir à 218 000.

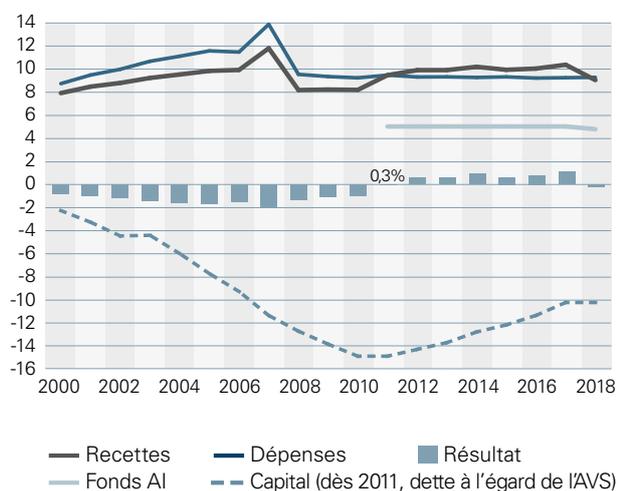
Évolution en 2018

Pendant la période de relèvement temporaire de la TVA en faveur de l'AI, 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 afin de réduire la dette de l'AI envers l'AVS (qui était de -14 944 millions de francs fin 2011). Jusqu'en 2017, l'AI a ainsi été six fois en mesure de réduire sa dette. En 2018, des versements de TVA étaient encore dus.

Cette période ayant pris fin, un excédent de dépenses a de nouveau été enregistré, pour la première fois depuis 2011, s'élevant à 237 millions de francs selon le résultat d'exploitation et à 65 millions selon le résultat de répartition. Dans une perspective de production économique, le résultat des comptes du CGAS est quasi nul (7 millions de francs).

Les dépenses se sont montées à 9 261 millions de francs (+0,3 %) en 2018 ; les cotisations des assurés et la contribution de la Confédération ont augmenté plus nettement (+0,8 %). Les dépenses de l'AI ont été affectées à raison de 91,9 % aux rentes, aux allocations pour impotent, aux indemnités journalières, aux mesures individuelles et aux prestations collectives.

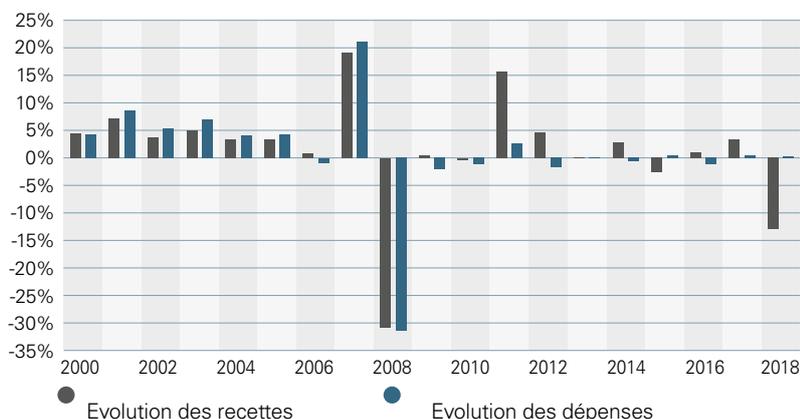
2 Recettes, dépenses, résultat et capital de l'AI de 2000 à 2018, en milliards de francs



En 2018, pour la première fois depuis 2011, les recettes de l'AI n'ont pas pu couvrir en intégralité les dépenses du fait de l'arrivée à échéance, en 2017, du relèvement temporaire de la TVA, qui fournissait jusqu'alors un apport supplémentaire. Ce financement additionnel par la TVA est nettement visible dans le graphique.

Les mesures provisoires ainsi que la très faible augmentation des dépenses ont permis à l'AI de résorber en partie sa dette envers l'AVS, la faisant passer de 14 944 à 10 284 millions de francs.

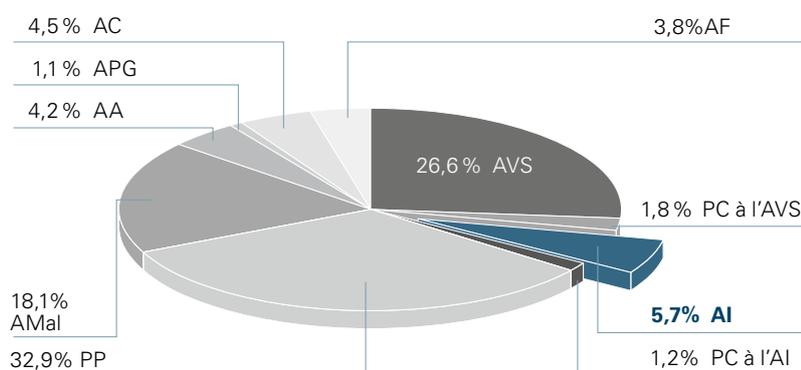
3 Evolution des recettes et des dépenses de l'AI de 2000 à 2018 (avec la RPT)



De 2011 à 2017, on a constaté une tendance à la hausse des recettes et un recul des dépenses. En 2018, après l'échéance du relèvement temporaire de la TVA, l'AI a vu ses recettes reculer de 13 % et n'a plus été en mesure de continuer à rembourser sa dette envers l'AVS.

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

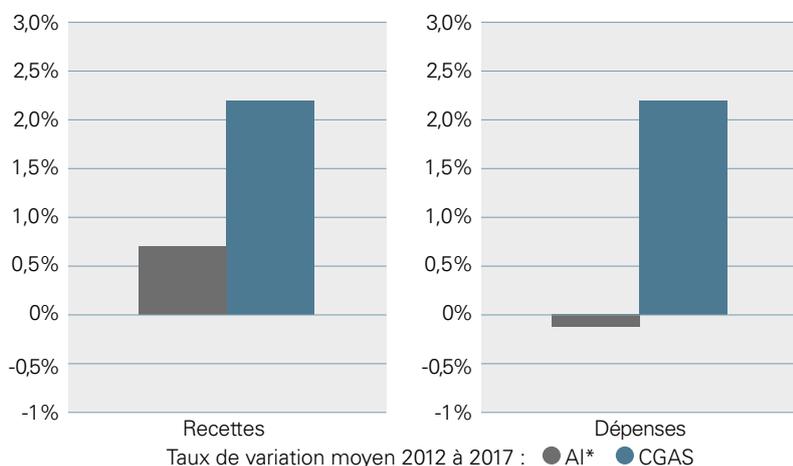
4 L'AI dans le CGAS 2017



Dépenses 2017 : 162,1 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 ont été consacrées pour 91,2 % aux prestations sociales, tandis que les frais de gestion et d'administration ainsi que les intérêts de la dette représentaient 8,8 %.

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



Recettes de 2012 à 2017 : Le taux de croissance moyen des recettes de l'AI (0,7 %) a été nettement inférieur à celui des recettes du CGAS (2,2 %). Par conséquent, la part des recettes de l'AI dans celles du CGAS diminue.

Dépenses de 2012 à 2017 : De 2012 à 2017, les dépenses de l'AI ont reculé de 0,1 % par année, ce qui a donc freiné l'évolution des dépenses du CGAS (+2,2 %). En 2011/2012, l'AI était parvenue à redresser ses finances.

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

AI Assurance-invalidité

Finances

Compte d'exploitation 2018 de l'AI, en millions de francs

	2018	Variation 2017/2018
Recettes	9'025	-12,9%
Cotisations des assurés et des employeurs (y c. intérêts)	5'313	1,8%
Contributions des pouvoirs publics	3'845	-19,4%
Confédération	3'601	0,1%
TVA	244	-78,6%
Produit des placements	-172	-152,7%
Produit courant du capital	72	-19,0%
Variations de valeur du capital	-244	-203,0%
Produit des actions récursoires	36	-20,4%
Autres recettes	2	–
Dépenses	9'261	0,3%
Intérêts de la dette	51	-54,9%
Prestations en espèces	6'513	0,5%
Dont : Rentes ordinaires	4'632	-1,0%
Rentes extraordinaires	868	3,2%
Indemnités journalières	664	3,9%
Allocations pour impotent	477	4,3%
Créances en restitution, net	-169	1,3%
Coûts des mesures individuelles	1'856	3,3%
Dont : Mesures médicales	849	0,8%
Mesures d'intervention précoce	48	9,6%
Mesures de réinsertion	76	16,6%
Mesures d'ordre professionnel	616	5,6%
Contribution d'assistance	69	15,7%
Moyens auxiliaires	206	-0,7%
Créances en restitution, net	-14	-23,3%
Subventions aux institutions et organisations	145	4,0%
Frais de gestion et d'administration	696	-0,9%
Résultat d'exploitation	-237	-121,1%
Résultat de répartition (hors produit des placements)	-65	-108,2%
Résultat selon le CGAS (hors variation de valeur du capital)	7	-99,2%
Dette envers l'AVS	-10'284	0,0%
Fonds AI	4'763	-4,7%

En 2018, les recettes de l'AI ont diminué dans l'ensemble de 12,9 %, atteignant 9025 millions de francs. Hors produit des placements, les recettes de l'assurance elle-même ont diminué de 8,3 % par rapport à l'année précédente, pour s'établir à 9196 millions de francs. Les cotisations des assurés et des employeurs ont augmenté de 1,8 %, passant à 5313 millions de francs. Elles ont couvert 57,4 % des dépenses. Les contributions d'assainissement versées par la Confédération à l'AI (TVA et contribution spéciale aux intérêts de la dette) sont arrivées à leur terme. En 2018, les contributions des pouvoirs publics ont ainsi reculé de 19,4 %.

Au chapitre des dépenses, 6513 millions de francs (soit 70,3 %) ont été affectés à des prestations en espèces, autrement dit aux rentes, aux indemnités journalières et aux allocations pour impotent. Les versements sous forme de rentes ont atteint 5330 millions de francs (hors créances en restitution, net), soit 57,6 % des dépenses totales. Cette somme correspond à une baisse de 0,3 % par rapport à l'année précédente. Le poste des indemnités journalières a connu une augmentation de 3,9 %, passant à 664 millions de francs, et celui des allocations pour impotent, une hausse de 4,3 %, passant à 477 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 3,3 % et représentaient 20,0 % des dépenses. Les prestations de détection et d'intervention précoces affichaient un taux de croissance de 13,8 %. Les frais de gestion et d'administration ont diminué de 0,9 %, pour s'établir à 696 millions de francs. Leur part dans l'ensemble des dépenses s'élevait à 7,5 %. Les intérêts que l'AI doit payer sur sa dette envers l'AVS ont diminué de 54,9 % en 2018. Les recettes totales de l'assurance ont couvert 97,4 % de ses dépenses.

En raison d'une conjoncture défavorable, les placements ont enregistré des pertes s'élevant à 172 millions de francs. Les recettes totales ont ainsi diminué, tombant à 9025 millions de francs, et le résultat d'exploitation s'est chiffré à -237 millions de francs.

De ce fait, l'AI n'a pas pu continuer à rembourser sa dette envers l'AVS. Le montant de celle-ci reste donc inchangé, à 10284 millions de francs.

AI Assurance-invalidité

Réformes

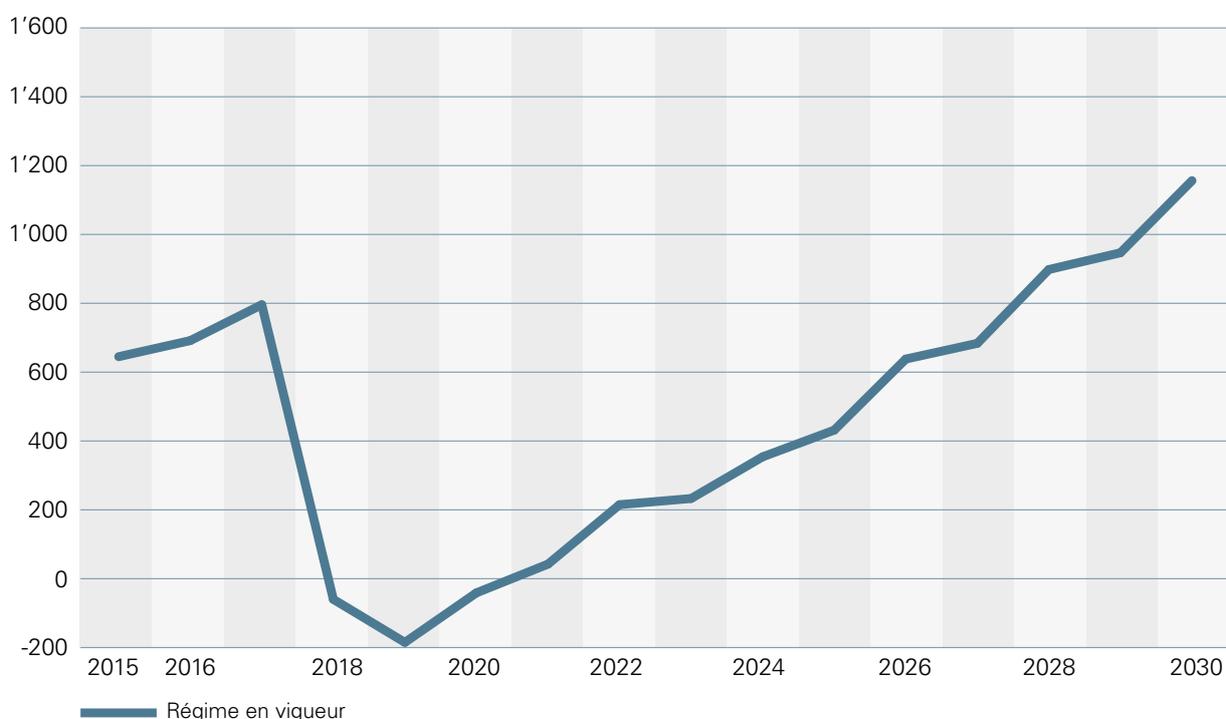
L'**évolution financière** de l'AI à moyen terme peut être estimée sur la base de ses comptes. Dans ce calcul, les dépenses et les recettes à venir sont fonction de l'évolution démographique (nombre de personnes exposées à un risque et nombre de cotisants), de l'évolution économique (évolution des salaires,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

partition de l'AI selon le droit en vigueur. Le fort recul de 2018 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 2019)



Résultat de répartition : recettes hors produit du capital, moins les dépenses
Ajustées sur le décompte 2018, état en mars 2019

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.

État des lieux de la formation d'expert

Les experts médicaux jouent un rôle central dans la procédure d'instruction médicale de l'AI. Leurs expertises sont déterminantes pour le traitement des cas par les offices AI. La qualité des expertises et le nombre d'experts ont un rôle décisif. Or cette qualité, tout comme l'indépendance des experts, est fréquemment mise en doute tant par l'opinion publique que par les médias.

Dans le cadre du programme de recherche sur l'assurance-invalidité (PR-AI), un état des lieux de la formation initiale, postgrade et continue des experts médicaux en Suisse a donc fait l'objet d'un mandat de recherche. Mettant l'accent sur le profil de formation des experts, il visait à mettre en lumière les exigences des offices AI concernant les qualifications et le profil de formation des experts médicaux.

Les résultats montrent que les experts sont expérimentés et qualifiés, et qu'ils ne sont recrutés à l'étranger qu'exceptionnellement. 90 % d'entre eux disposent d'une expérience professionnelle de plus de quinze ans et 70 % exercent une activité médicale à plein temps. Ils disposent également de titres de spécialisation très variés. Près des trois quarts des experts interrogés indiquent avoir un diplôme en médecine des assurances, obtenu en formation continue.

Nécessité d'agir au niveau des offres de formation

Hormis ces constats positifs, l'état des lieux de l'expertise médicale en Suisse révèle aussi des aspects problématiques. Les responsables en matière de formation interrogés jugent nécessaire une action à toutes les étapes de la formation des experts médicaux ; ces derniers, de leur côté, souhaitent que les offres de formation s'orientent davantage vers la pratique et qu'il y ait davantage de formations continues en matière médico-juridique. Les chercheurs recommandent d'introduire davantage de formations pratiques et de renforcer la super-

vision de l'élaboration des expertises. Ils invitent aussi à encourager de nouvelles offres de formation continue sur des thèmes médico-juridiques et à les proposer sur tout le territoire. La mise en œuvre de ces recommandations nécessite un engagement actif de tous les partenaires impliqués.

Enquête auprès des assurés AI

L'assurance-invalidité vise à réinsérer professionnellement les personnes dont la capacité de gain est limitée ou compromise pour des raisons de santé. Les révisions adoptées depuis 2008 ont doté l'assurance d'une série de mesures pour atteindre cet objectif. Dans le PR-AI, plusieurs projets ont porté sur la mise en œuvre des mesures de réadaptation, mais les assurés concernés n'avaient jamais été interrogés de manière détaillée sur ces mesures. L'étude « Beruflich-soziale Eingliederung aus Perspektive von IV-Versicherten » (« La réadaptation vue par les assurés ») comble cette lacune. Plus de 900 personnes ont répondu par écrit à un questionnaire qui passait en revue leur situation personnelle et professionnelle, le déroulement de la réadaptation et les effets ressentis en termes d'intégration sociale et professionnelle.

Facteurs critiques de succès

Les résultats montrent clairement que les mesures qui traitent spécifiquement une atteinte à la santé ont un net impact sur la confiance en soi, sur l'attitude face au travail et, partant, sur le succès de la réadaptation. Il apparaît aussi que la personne de référence de l'office AI a sa part dans ce succès par sa compréhension et son appréciation de la situation de vie de l'assuré et par ses conseils et son engagement auprès de lui, sans formalités inutiles. L'expérience faite par les personnes interrogées révèle que le caractère personnel et ininterrompu de la relation avec la personne de référence de l'AI est d'une grande importance. Au lieu d'échanges distants et par courrier suivant des procédures sché-

matiques, un contact direct aussitôt que possible et un accompagnement personnel suscitent une relation de confiance et favorisent grandement la réadaptation. Une collaboration étroite et aussi consensuelle que possible avec les médecins traitants, les employeurs et les autres acteurs impliqués (outre la personne de référence des offices AI) constitue également un facteur de succès.

L'enquête menée auprès des assurés indique que l'effet des mesures de réadaptation de l'AI ne doit pas être rapporté uniquement à l'indépendance financière et donc à la réadaptation professionnelle, mais qu'il doit englober l'intégralité de la situation de vie des assurés. Les résultats et les recommandations de l'étude confirment que la réforme « Développement continu de l'AI » comprend les principaux facteurs de succès de la réadaptation, et permettra ainsi d'en optimiser et d'en renforcer le processus.

Mieux intégrer les personnes atteintes d'autisme

Le 17 octobre 2018, le Conseil fédéral a approuvé un rapport prévoyant plusieurs mesures pour améliorer l'intégration des personnes qui présentent un trouble du spectre de l'autisme (TSA). Ces personnes doivent pouvoir fréquenter l'école et apprendre un métier.

Le Conseil fédéral a défini trois priorités : le dépistage précoce et la pose de diagnostic, le conseil et la coordination, ainsi que l'intervention précoce. Un diagnostic précoce et correct posé par des spécialistes permet de prendre des mesures d'encouragement appropriées. En évitant la pose de diagnostics erronés, on prévient aussi des traitements inadéquats. Une fois le diagnostic posé, les familles concernées doivent obtenir conseil et accompagnement. Les divers traitements et les autres offres doivent être coordonnés. Des recherches récentes indiquent qu'un traitement précoce intensif est le

plus prometteur. Des comparaisons avec l'étranger montrent qu'une thérapie intensive à un âge précoce permet non seulement une meilleure intégration, mais aussi une baisse des charges pour les pouvoirs publics.

Définir clairement les compétences

Le rapport du Conseil fédéral indique dans quels domaines la Confédération, les cantons et les prestataires sont compétents au premier chef, et quelles mesures ils devraient mettre en œuvre. Il invite les cantons, les communes et tous les acteurs concernés à dresser un inventaire de la situation actuelle et à encourager la mise en œuvre de mesures concrètes sur la base du présent rapport.

Dans le même temps, le Conseil fédéral charge le Département fédéral de l'intérieur (DFI) de prendre contact avec les cantons et d'entamer la mise en œuvre des mesures qui sont de la compétence de la Confédération.

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

1 Chiffres clés actuels des PC

Dépenses (= recettes) des PC à l'AVS 2018	2'956 mio de fr.
Dépenses (= recettes) des PC à l'AI 2018	2'087 mio de fr.

Eléments de calcul des PC pour les personnes seules	
Besoins vitaux 2019	19'450 fr.
Loyer brut maximum 2019	13'200 fr.
Franchise sur la fortune 2019	37'500 fr.
Remboursement max. des frais de maladie et d'invalidité	
– Personnes à domicile 2019	25'000 fr.
– Pensionnaires en home 2019	6'000 fr.

Bénéficiaires de PC, selon le type d'habitation	
– Personnes à domicile 2018	256'964
– Pensionnaires en home 2018	71'134

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 2018 a atteint 2956 millions de francs, tandis que les PC à l'AI se sont chiffrées à 2087 millions de francs.

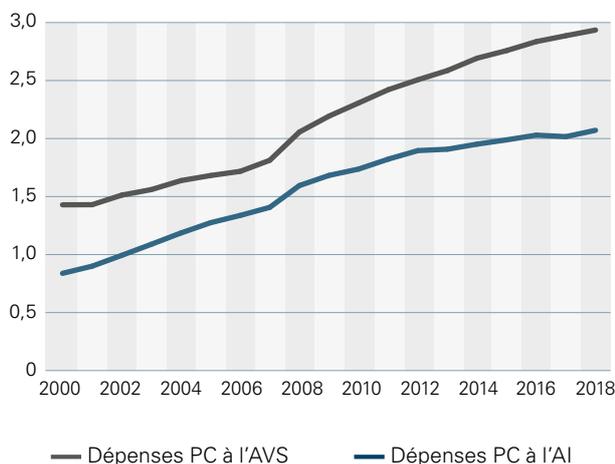
En moyenne, les PC à l'AI sont beaucoup plus importantes pour les bénéficiaires que les PC à l'AVS, car les PC améliorent six fois plus les prestations de l'AI que les rentes de l'AVS.

Évolution en 2018

En 2018, pour la première fois depuis 2012, les dépenses des PC à l'AI ont progressé davantage que celles des PC à l'AVS. Les PC versées ont atteint 5044 millions de francs, dont 59 % pour les PC à l'AVS et 41 % pour les PC à l'AI. En 2018, les PC à l'AVS ont amélioré de 8,0 % la somme des rentes AVS ; 12,5 % des bénéficiaires de rente de vieillesse en percevaient. Les PC à l'AI ont amélioré de 49,3 % la somme des rentes AI et 47,4 % des bénéficiaires de rentes AI en ont touché.

Les PC jouent un rôle important pour les personnes qui vivent en home. En moyenne, une personne vivant seule chez elle percevait 1122 francs de PC par mois, contre 3301 francs par mois pour une personne seule vivant dans un home. En 2018, 71 134 bénéficiaires de PC vivaient dans un home et 256 964 chez eux.

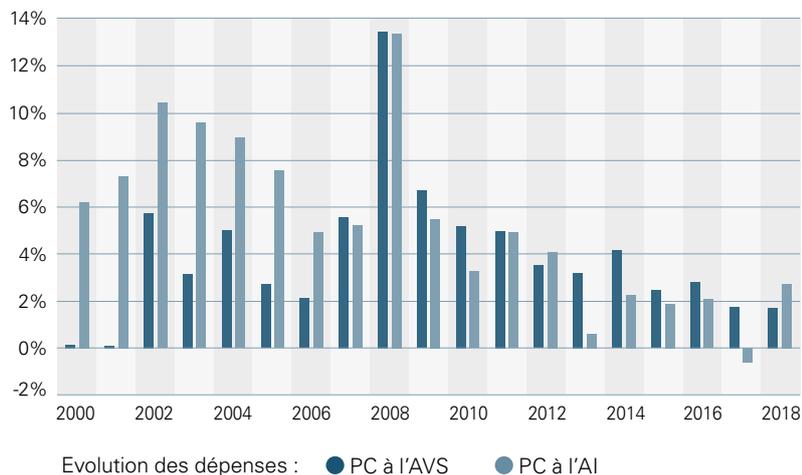
2 Dépenses (= recettes) des PC de 2000 à 2018, en milliards de francs



Depuis 2000, 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. Il s'est ensuite creusé de 2007 à 2017, puisque les dépenses des PC à l'AVS ont augmenté davantage que celles des PC à l'AI durant cette période (sauf en 2012). En 2018, les dépenses des PC à l'AI ont à nouveau progressé davantage que celles des PC à l'AVS.

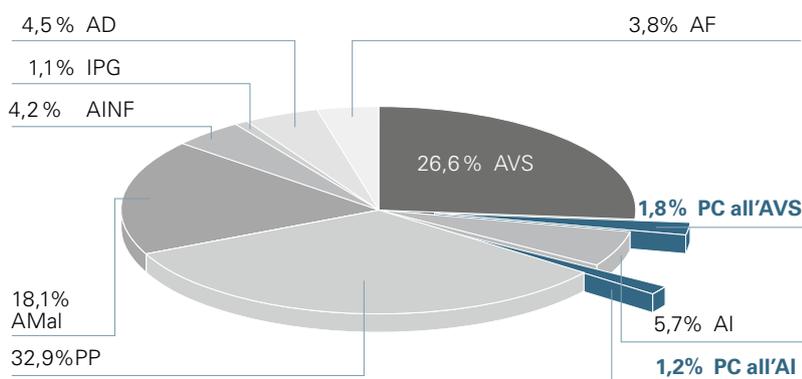
PC Prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI

3 Evolution des dépenses (= recettes) des PC de 2000 à 2018



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 se sont inscrits à la baisse ; en 2018, celui des PC à l'AI est reparti à la hausse.

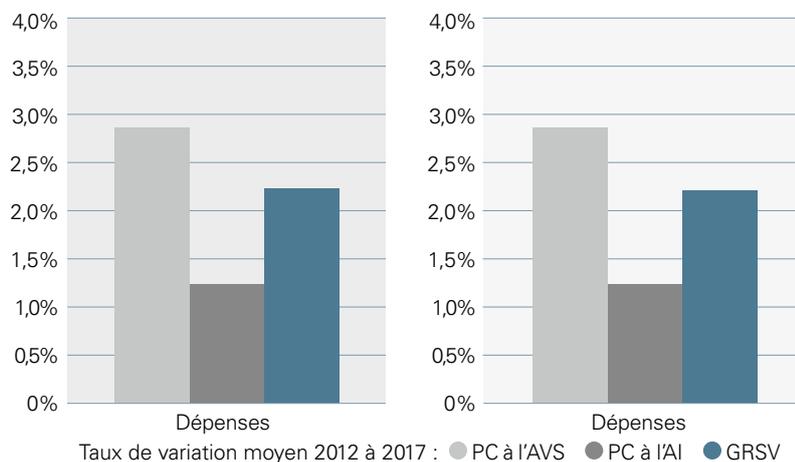
4 Les PC dans le CGAS 2017



Dépenses 2017 : 162,1 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 1,2 %, ce qui les place à l'avant-dernier rang de ces assurances sur ce plan. 58,9 % des dépenses ici considérées sont utilisées pour payer les PC à l'AVS, 41,1 % sont destinées aux PC à l'AI.

5 Evolution des PC par rapport à celle du CGAS



Recettes de 2012 à 2017 : Les recettes des PC à l'AVS ont augmenté plus fortement que celles du CGAS, tandis que celles des PC à l'AI ont connu une hausse plus faible. Globalement, la progression des PC a été comparable à l'augmentation des recettes du CGAS.

Dépenses de 2012 à 2017 : Le taux de croissance des dépenses au titre des PC à l'AVS était supérieur à celui des dépenses du CGAS, tandis que celui des dépenses au titre des PC à l'AI lui était nettement inférieur. Globalement, la progression des PC a été comparable à l'augmentation des dépenses du CGAS.

Source : SAS 2019 (parution automne 2019), OFAS, et www.ofas.admin.ch

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

Finances

Finances des PC en 2018, en millions de francs

Canton	Dépenses au titre des PC			Variation 2017/2018	Subvention fédérale		
	Total	PC à l'AVS	PC à l'AI		Total	PC à l'AVS	PC à l'AI
Total	5'043,6	2'956,3	2'087,3	2,1%	1'537,6	776,8	760,8
Zurich	875,6	516,1	359,6	4,0%	237,9	118,1	119,8
Berne	718,8	460,2	258,6	1,5%	204,9	112,1	92,8
Lucerne	231,2	140,7	92,7	1,0%	71,2	39,2	32,0
Uri	14,1	9,1	4,9	-0,2%	3,6	2,1	1,5
Schwyz	75,2	53,7	21,5	6,5%	17,7	9,9	7,8
Obwald	15,7	10,7	5,0	2,5%	4,4	2,5	1,9
Nidwald	14,1	9,4	4,7	0,5%	4,1	2,5	1,9
Glaris	20,7	10,6	10,1	-0,6%	6,9	3,4	3,4
Zoug	46,0	26,1	19,9	2,0%	11,5	6,4	5,1
Fribourg	150,3	89,7	60,6	0,7%	51,0	26,7	24,3
Soleure	235,2	103,7	131,5	3,1%	50,7	22,3	28,4
Bâle-Ville	237,1	135,5	101,6	5,4%	79,7	34,2	45,5
Bâle-Campagne	168,5	100,8	67,7	-5,4%	45,5	17,4	28,2
Schaffhouse	42,1	23,1	18,9	2,4%	13,6	6,2	7,3
Appenzell AR	29,5	15,8	13,8	3,3%	8,8	4,0	4,8
Appenzell AI	5,0	3,1	1,9	-6,1%	1,3	0,8	0,6
Saint-Gall	313,1	183,6	129,4	5,0%	94,2	47,2	47,1
Grisons	93,6	59,0	34,5	1,6%	25,7	12,7	13,0
Argovie	254,2	146,9	107,3	3,7%	82,2	39,7	42,5
Thurgovie	117,1	64,8	52,3	4,8%	37,8	18,9	18,9
Tessin	214,9	120,6	94,3	-1,7%	112,8	62,5	50,3
Vaud	526,9	290,9	235,9	2,2%	165,5	81,4	84,1
Valais	101,7	50,7	50,9	0,9%	41,7	20,8	20,9
Neuchâtel	116,0	69,0	46,9	-0,1%	41,8	21,8	20,0
Genève	377,6	232,7	144,9	1,2%	108,9	57,1	51,9
Jura	47,4	29,7	17,7	-6,6%	14,0	7,1	6,8

Source : SAS 2018 (parution fin 2019), 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 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 2018, soit 5043,6 millions de francs, la Confédération a pris en charge 1537,6 millions (30,5 %) et les cantons, 3506,0 millions (69,5 %). Sur le total des dépenses des PC à l'AVS, 776,8 millions de francs ont été à la charge de la Confédération et 2179,4, à celle des cantons. Pour ce qui est des PC à l'AI, la répartition a été la suivante : 760,8 millions de francs à la charge de la Confédération et 1326,5, à celle des cantons. Enfin, en ce qui concerne les frais d'administration, la Confédération a versé au total 36,8 millions de francs.

Réformes et perspectives

Lors du vote final du 22 mars 2019, les Chambres fédérales ont adopté le projet de réforme des PC. Le délai référendaire court jusqu'au 1^{er} juillet 2019. Si aucun référendum ne vient contester la réforme, le Conseil fédéral devrait en fixer l'entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2021.

La réforme des PC rend nécessaires diverses modifications des dispositions d'exécution ; le Conseil fédéral lancera en particulier cette année une procédure de consultation concernant une adaptation de l'ordonnance sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (OPC-AVS/AI). Étant donné que la LPC et l'OPC-AVS/AI accordent aux cantons dans certains domaines des compétences législatives propres, ceux-ci devront également adapter leur législation en la matière.

PP Prévoyance professionnelle

Dernières données disponibles : 2017

1 Chiffres clés actuels de la PP

Recettes 2017	71'335 mio de fr.
Dépenses 2017	53'621 mio de fr.
Résultat 2017	17'713 mio de fr.
Compte de capital 2017	886'000 mio de fr.

Prestations (partie obligatoire)	2018	2019
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 2017	
Rentes de vieillesse	773'299
Rentes d'invalidité	117'286
Rentes de veuve/veuf	189'571
Rentes d'enfants/orphelins	60'279

Grâce à un résultat des comptes de 18 milliards de francs et à des gains de valeur du capital de 52 milliards de francs, la fortune de la PP s'est accrue de 69 milliards de francs en 2017. Le capital géré par les caisses de pension avoisinait déjà les 900 milliards puisqu'il s'est chiffré à 886 milliards de francs.

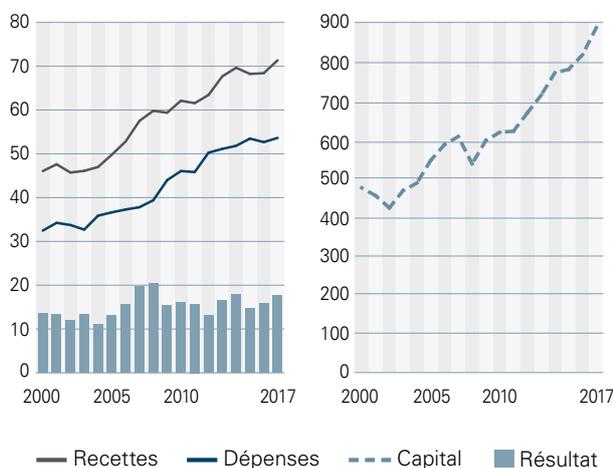
Évolution en 2017

La hausse des recettes (4 %) et celle, plus modérée, des dépenses (2 %) ont permis une augmentation de 2,0 milliards de francs du résultat des comptes de la PP, qui atteint ainsi 17,7 milliards de francs.

Du côté des **recettes**, les versements uniques des employeurs enregistrent une baisse frappante de 60 % en 2017, passant de 2,2 milliards de francs à 0,9 milliard. Le rendement courant du capital a bondi de 20 % à 16,5 milliards de francs. La composante majeure des recettes, à savoir les cotisations des assurés et des employeurs, a progressé de 3 %, soit à son rythme usuel.

La principale conséquence en matière de **dépenses** résulte de la baisse de 26 % 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. 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, désormais intégralement saisis pour l'exercice sous revue, ont atteint 4,2 milliards de francs (+4 %).

2 Recettes, dépenses, résultat et capital de la PP de 2000 à 2017, en milliards de francs



Après une hausse de 37 milliards de francs en 2016, la fortune de la PP a augmenté de 69 milliards en 2017. 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 avait contribué à une évolution globalement positive du capital.

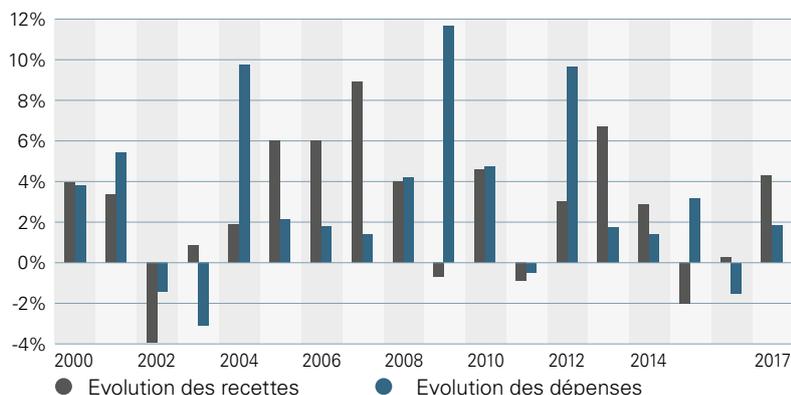
En termes de PIB, le capital des institutions de prévoyance a atteint en 2017 un nouveau record avec 132,5 %, dépassant ainsi celui de l'année précédente (123,7 %).

La comparaison des rentes et du produit courant du capital montre que ce dernier constitue une part toujours plus faible du financement : il couvrait 82 % des rentes et des prestations en capital en 2000, contre à peine 44 % en 2017.

PP Prévoyance professionnelle

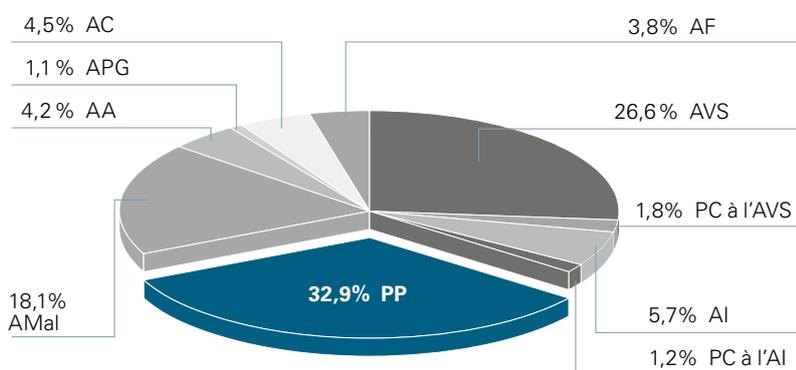
Dernières données disponibles : 2017

3 Evolution des recettes et des dépenses de la PP de 2000 à 2017



En 2017, les recettes ont augmenté de 4 % et les dépenses de 2 %. Le résultat des comptes est ainsi passé de 16 à 18 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 des fortes variations du solde 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 2017

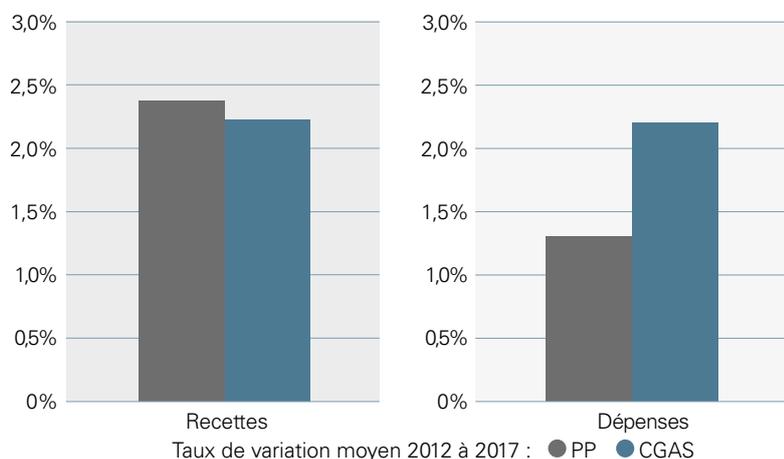


Dépenses 2017 : 162,1 mia de fr.

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

Les dépenses ont été affectées pour 55,0 % au versement des rentes et pour 15,7 % aux prestations en capital.

5 Evolution de la PP par rapport à celle du CGAS



Recettes de 2012 à 2017 : Le taux de croissance moyen des recettes de l'AVS (2,4 %) a été supérieur à celui des recettes du CGAS (2,2 %).

Dépenses de 2012 à 2017 : Les dépenses de la PP constituent la plus grande composante de celles du CGAS. Elles ont augmenté en moyenne de 1,3 %, soit moins que celles du CGAS (2,2 %). Par conséquent, la part de la PP dans les dépenses de l'ensemble des assurances sociales cesse d'augmenter.

Source : SAS 2019 (parution automne 2019), OFAS, et www.ofas.admin.ch

PP Prévoyance professionnelle

Finances

Finances agrégées 2017 de la PP¹, régime surobligatoire inclus, en millions de francs

	2017	Variation 2016/2017
Total des recettes	71'335	4,3%
Salariés	19'405	3,0%
Employeurs	28'681	2,2%
Versements initiaux (hors prestations de libre passage)	6'587	-13,6%
Produit brut du capital	16'543	20,2%
Autres recettes	119	10,0%
Total des dépenses	53'621	1,8%
Rentes	29'502	2,5%
Prestations en capital	8'440	7,1%
Versements en espèces	600	12,1%
Prestations de libre passage, nettes	7'052	2,6%
Paiements nets à des assurances	2'368	-25,9%
Intérêts passifs	446	21,3%
Dépenses administratives (y c. gestion de fortune)	5'213	3,7%
Résultat des comptes	17'713	12,6%
Variation du capital (y c. résultat des comptes et variations de valeur du capital)	69'400	86,6%
Capital (apuré des crédits et des hypothèques passives)	886'000	8,5%

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

Source : SAS 2018 (parution fin 2019), OFAS et www.ofas.admin.ch

Une estimation financière de la prévoyance professionnelle a été réalisée dans le cadre du CGAS de l'OFAS. Les données proviennent de la statistique annuelle des caisses de pensions de l'OFS. La variation de fortune de 69 milliards de francs en 2017 découle des variations de valeur du capital corrigées (52 milliards de francs) et du résultat des comptes (18 milliards de francs).

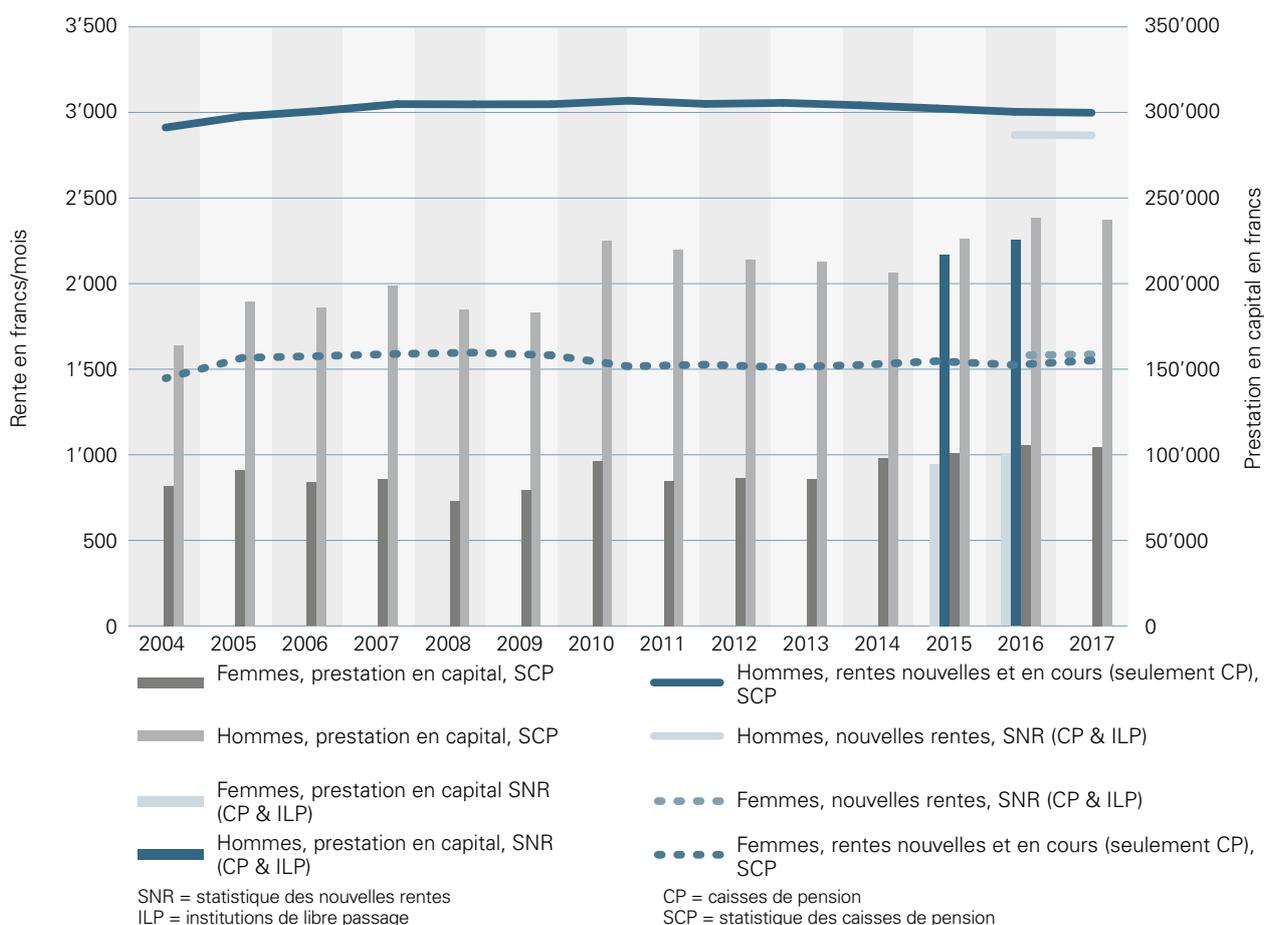
Le capital financier constitué dans le cadre de la PP comprend les 886 milliards de francs mentionnés précédemment, qui sont placés par les institutions de prévoyance. Les assureurs privés – qui s'occupent totalement ou en partie de la PP pour de nombreux assurés – gèrent quant à eux un capi-

tal financier de 209 milliards de francs. Ce montant contient les polices de libre passage, d'un montant de 7 milliards de francs. S'ajoutent encore à cela le capital financier qui repose sur les comptes de libre passage (48 milliards de francs) et les moyens investis dans le cadre de l'encouragement à la propriété du logement (42 milliards de francs). Fin 2017, le capital constitué dans le cadre de la PP totalisait ainsi 1186 milliards de francs, soit plus d'un billion de francs.

Évolution des rentes

Le graphique ci-dessous présente l'évolution des prestations de vieillesse de la prévoyance professionnelle.

Prestation de vieillesse moyenne (rente/capital) de la prévoyance professionnelle



La statistique des nouvelles rentes n'existe que depuis deux ans. Elle recense les personnes qui touchent une prestation pour la première fois. La statistique des caisses de pensions, plus ancienne, recense en revanche toutes les personnes qui touchent des prestations, c'est-à-dire également celles qui perçoivent une rente depuis plusieurs années. Cette statistique ne renseigne toutefois pas sur le montant des capitaux octroyés selon les caractères sociodémographiques (excepté selon le genre) ; seules les répartitions en fonction des caractéristiques des institutions de prévoyance sont

possibles. Par ailleurs, la statistique des nouvelles rentes relève non seulement les rentes et les capitaux versés par des institutions de prévoyance, mais également les capitaux versés par des institutions de libre passage, ce qui n'est pas le cas de la statistique des caisses de pensions.

En matière de rentes, on note une relative stabilité sur la durée. La moyenne se situe aux environs de 3000 francs par mois pour les hommes et de 1500 francs par mois pour les femmes. Il est intéressant de constater que, pour les hommes, les nouvelles rentes sont en moyenne quelque peu infé-

PP Prévoyance professionnelle

eures aux rentes en cours (ce n'est pas le cas pour les femmes). Cela peut s'expliquer par l'évolution des capitaux : on note une augmentation sensible entre 2014 et 2016, surtout pour les hommes. Donc, dans l'ensemble, les prestations de vieillesse ont tendance à augmenter. À noter encore que la statistique des nouvelles rentes indique une moyenne des capitaux plus faible que la statistique des caisses de pensions, ce qui est dû au fait qu'elle comprend aussi, comme on l'a dit, les capitaux versés par les institutions de libre passage. Ceux-ci sont en général moins élevés, ce qui abaisse la moyenne.

Les résultats futurs de la statistique des nouvelles rentes permettront certainement de préciser les tendances en matière de perception des prestations de vieillesse.

Réformes et perspectives

Réforme de la prévoyance professionnelle

Le Conseil fédéral a chargé les partenaires sociaux de présenter des propositions pour une réforme du 2^e pilier. L'objectif de cette réforme serait d'adapter la prévoyance professionnelle aux défis démographique et économique actuels tout en conservant le niveau des rentes. Les étapes suivantes seront définies lorsque ces propositions auront été faites.

Taux d'intérêt minimal

Le 7 novembre 2018, le Conseil fédéral a décidé de maintenir le taux d'intérêt minimal applicable dans la prévoyance professionnelle à 1 %. 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 motivé sa décision par les bons résultats des placements en 2017, qui ne justifiaient pas une baisse de ce taux.

Modernisation de la surveillance

Des informations au sujet de cette réforme se trouvent aux pages 18 et 19 du présent rapport.

Réforme des PC

Des informations au sujet de cette réforme se trouvent aux pages 15 à 17 du présent rapport.

AVS 21

Des informations au sujet de cette réforme se trouvent aux pages 12 à 14 et 31 du présent rapport.

AMal Assurance-maladie¹

Dernières données disponibles : 2017

1 Chiffres clés actuels de l'AMal

Recettes 2017	30'478 mio de fr.
Dépenses 2017	29'546 mio de fr.
Résultat 2017	931 mio de fr.
Réserves (capital-actions compris) 2017	7'203 mio de fr.

Primes 2019 (par mois)	
Prime moyenne AOS pour un adulte	315 fr.
Prime moyenne cantonale pour adulte la plus basse / la plus élevée	264 fr. à 482 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
--	-----------------------

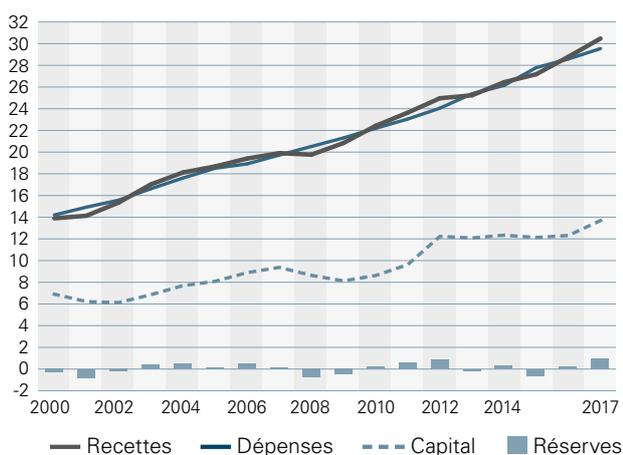
Les comptes 2017 de l'AMal se soldent par un résultat d'exploitation positif de 931 millions de francs.

Évolution en 2017

En 2017, l'augmentation des dépenses (3,3 %), plus faible que celle des recettes (5,9 %), a de nouveau abouti à un résultat d'exploitation positif, de 931 millions de francs. La prime moyenne a augmenté de 4,7 %. Côté dépenses, la progression des prestations payées a été de 3,2 %. Les dépenses ont été affectées à des prestations d'assurance sociale à raison de 95,6 %.

Depuis l'entrée en vigueur de la LAMal en 1996, l'attention se focalise sur les primes. Pour 2019, la prime moyenne a augmenté de 1,2 %, après avoir connu de fortes hausses entre 2015 et 2018 (de 4 % par année). Auparavant, les hausses avaient été nettement plus faibles (2013 : 1,0 % ; 2014 : 2,2 %). Les plus fortes hausses moyennes ont été enregistrées en 2002 (9,0 %) et en 2003 (9,1 %). De 1996 à 2019, la variation annuelle a été de 4,0 % en moyenne.

2 Recettes, dépenses, résultat et réserves de l'AMal de 2000 à 2017, en milliards de francs

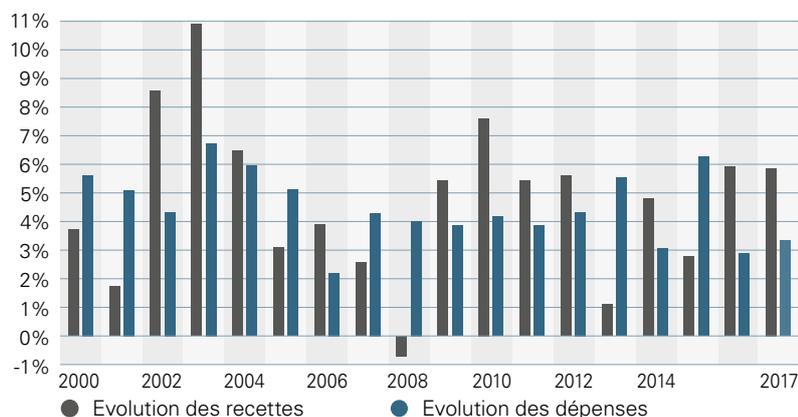


Le fait que les recettes et les dépenses de l'AMal suivent une courbe presque identique reflète le mode de financement de l'assurance (par répartition).

En 2017, 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), qui atteint 13,7 milliards de francs.

¹ Par AMal, on entend ici l'assurance obligatoire des soins (AOS).

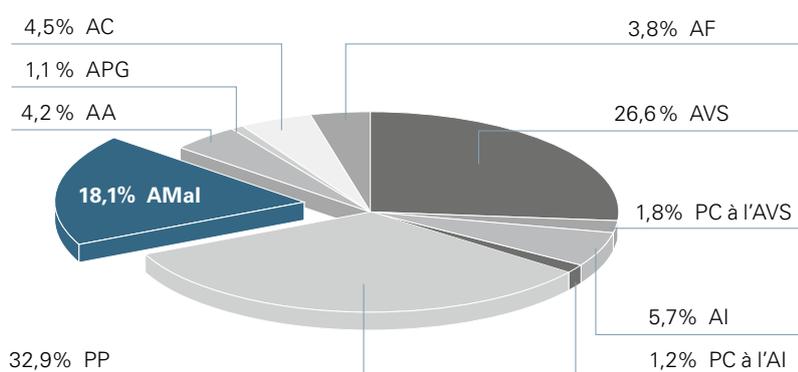
3 Evolution des recettes et des dépenses de l'AMal de 2000 à 2017



En 2017, tant les recettes de primes (+5,8 %) que le produit des placements (+83,7 %) ont augmenté, si bien que l'AMal a enregistré une progression des recettes de 5,9 %.

L'augmentation des dépenses a été de 3,3 % en 2017, valeur inférieure à la moyenne 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.

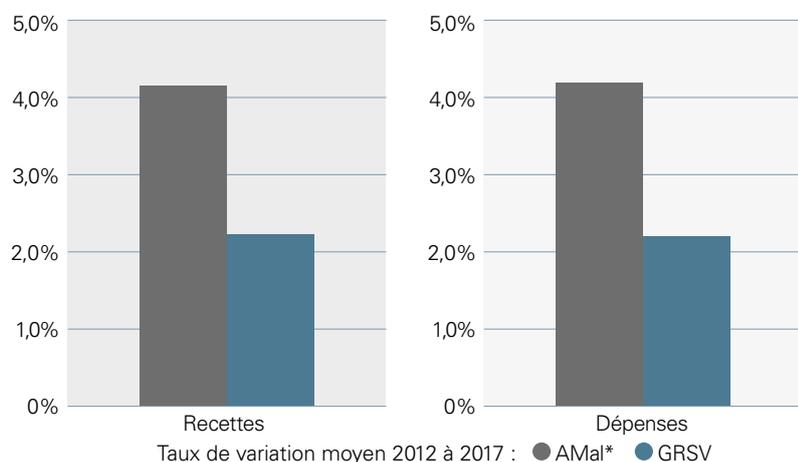
4 L'AMal dans le CGAS 2017



Dépenses 2017 : 162,1 mia de fr.

À l'aune des dépenses, l'AMal vient en troisième position des assurances sociales, avec 18,1 %. Les dépenses ont été affectées à des prestations d'assurance sociale à raison de 95,6 %.

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



Recettes de 2012 à 2017 : Le taux de croissance des recettes de l'AMal (4,2 %) a été nettement supérieur à celui des recettes du CGAS (2,2 %). Les recettes de l'AMal dépendent des primes moyennes, qui ont augmenté de 3,2 % durant cette période.

Dépenses de 2012 à 2017 : Le taux d'accroissement des dépenses de l'AMal, de 4,2 %, a été nettement supérieur à celui des dépenses du CGAS (2,2 %). 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 2017, en millions de francs

	2017	Variation 2016/2017
Total des recettes	30'478	5,9%
Primes à recevoir	30'267	5,5%
Remises sur les primes	-152	-20,0%
Réduction des primes	-4'489	-4,2%
Parts des primes des réassureurs	-11	71,6%
Contributions de la Confédération et des cantons	4'489	4,2%
Résultat non technique ¹ et autres contributions	374	37,7%
Total des dépenses	29'546	3,3%
Prestations payées	27'924	2,7%
Part des prestations des réassureurs, autres charges d'assurance ²	92	9,1%
Variation des provisions pour correction des primes	0	-113,0%
Compensation des risques	-159	-9,3%
Compensation des primes encaissées en trop	16	-
Variation des provisions pour cas d'assurance non liquidés	238	120,0%
Frais d'administration ³	1'435	5,6%
Résultat d'exploitation	931	372,0%
Capital	13'694	11,1%
dont réserves (capital-actions compris)	7'203	15,1%

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

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

3 Amortissements compris.

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

Chiffres relatifs à la structure de l'AMal

	2016	2017
Assureurs LAMal (proposant l'AOS)	56	52
Nombre d'assurés	8'368'591	8'431'891
– avec franchise ordinaire	1'674'048	1'574'145
– avec franchise à option	1'065'124	984'433
– avec assurance avec bonus	4'093	3'937
– avec choix limité des fournisseurs de prestations	5'625'326	5'869'376
Nombre d'assurés mis aux poursuites	408'236	412'991
– pour des primes d'un montant total de (en mio fr.)	843	842
Nombre d'assurés sanctionnés par une suspension des prestations	25'249	25'780
– pour des primes d'un montant total de (en mio fr.)	57	60
Nombre d'assurés au bénéfice d'une réduction de primes	2'278'684	2'217'239
Montant total des réductions de primes (en mio fr.)	4'310	4'489

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 8.0, dernière en date, le 30 novembre 2018. Le même jour, il a approuvé la version 2.0 de la structure tarifaire uniforme sur le plan national pour la psychiatrie hospitalière (TARPSY), qui est appliquée depuis le 1^{er} janvier 2019. La structure tarifaire uniforme sur le plan national pour la réadaptation hospitalière (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 la mise en œuvre et les effets de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier. Durant la deuxième étape de la révision, qui a débuté en 2016, cette mise en œuvre et ces effets sont étudiés en profondeur dans trois domaines thématiques : les coûts et le financement du système suisse de soins, la qualité des prestations hospitalières ainsi que l'évolution 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 (OFSP) 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 peuvent être consultées à l'adresse :

AMal Assurance-maladie

www.ofsp.admin.ch > L'OFSP > Publications > Rapports d'évaluation > Assurance maladie et accidents > Révision de la LAMal, financement hospitalier

Évaluation du nouveau régime de financement des soins

Adopté par les Chambres fédérales le 13 juin 2008, le nouveau régime de financement des soins 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. Une évaluation externe montre que les objectifs du nouveau régime ont globalement été atteints, mais que des lacunes demeurent sur le plan de la mise en œuvre. Le Conseil fédéral a pris connaissance du rapport d'évaluation final le 4 juillet 2018 et a chargé le DFI et l'OFSP de s'attaquer à ces lacunes avec les acteurs concernés. Ce rapport est disponible à l'adresse :

www.ofsp.admin.ch > L'OFSP > Publications > Rapports d'évaluation > Assurance maladie et accidents

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. Le Conseil fédéral a soumis au Parlement, le 9 mai 2018, le message concernant une modification de la LAMal (admission des fournisseurs de presta-

tions). Lors de sa séance du 12 décembre 2018, le Conseil national est entré en matière sur ce projet et l'a adopté avec quelques modifications. En parallèle, les Chambres fédérales ont adopté, le 14 décembre 2018, une autre modification de la LAMal, fondée sur une initiative parlementaire de la CSSS-N (18.440 « Prolongation pour une durée déterminée de la limitation de l'admission à pratiquer définie à l'article 55a LAMal »), qui prolonge de deux ans encore, soit jusqu'au 30 juin 2021, la réglementation de l'art. 55a en vigueur. Cette prolongation vise à empêcher l'apparition d'une lacune dans la limitation des admissions comme celle survenue entre le 1^{er} janvier 2012 et le 30 juin 2013.

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 des médicaments dans la liste des spécialités (LS), une comparaison thérapeutique devait toujours être effectuée en plus de la comparaison avec les prix pratiqués à l'étranger (ATF 142 V 26). Par conséquent, les bases juridiques du réexamen triennal des conditions d'admission ont été adaptées au 1^{er} mars 2017, et les réexamens réguliers ont repris depuis 2017. En 2018, le deuxième tiers des médicaments de la LS ont été réexaminés et, en 2019, ce sera le tour du dernier tiers. Les réexamens effectués en 2017 et 2018 ont permis de réaliser des économies en faveur de l'AOS à hauteur de plus de 300 millions de francs. Dans le domaine des médicaments dont le brevet est échu, le Conseil fédéral a chargé le DFI de préparer la mise en place d'un système de prix de référence. Afin d'apporter les adaptations nécessaires à la LAMal, une consultation a été menée au 4^e trimestre 2018, dans le cadre du premier volet législatif de mesures de maîtrise des coûts. Les résultats seront analysés en 2019.

Part relative à la distribution

Le Conseil fédéral a chargé le DFI d'examiner les moyens d'éviter les incitations indésirables dans le domaine de la remise et de la vente de médicaments afin d'augmenter la proportion de médicaments bon marché, de génériques en particulier. Il est en outre prévu d'actualiser certains paramètres qui sont pris en compte dans le calcul de la part relative à la distribution. À l'automne 2018, le DFI a mis en consultation deux variantes pour l'adaptation de cette dernière. Celles-ci pondèrent différemment les diverses problématiques identifiées ainsi que les aspects conflictuels à propos de la part relative à la distribution et devraient permettre des économies annuelles de l'ordre de 50 millions de francs. La décision sur la suite à donner se fondera sur l'analyse des résultats de la consultation.

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 une 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. Le projet prévoit qu'à l'avenir, une commission fédérale pilotera au niveau national l'évolution en matière de qualité. Le 5 mars 2019, le Conseil des États s'est prononcé en faveur de la majeure partie de la proposition du Conseil national. Le projet est actuellement en phase d'élimination des divergences. En outre, le Conseil fédéral a accordé des fonds supplémentaires pour la poursuite des programmes pilotes nationaux « progress! » de 2018 à 2020. Ces programmes ont été menés par la fondation sécurité des patients suisse. Le premier, « 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 aux interfaces », 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 d'ici à 2020. Par ailleurs, l'OFSP publie des indicateurs de qualité (médicaux) des hôpitaux suisses de soins aigus. Afin de diffuser des données de ce type pour d'autres domaines également, la Confédération soutient différents acteurs dans l'élaboration de nouveaux indicateurs de qualité.

Stratégie pour les maladies rares

Le 15 octobre 2014, le Conseil fédéral a adopté le concept national maladies rares. Les principaux objectifs de ce plan d'action sont la pose d'un diagnostic dans un délai rapide, une prise en charge de qualité tout au long de l'évolution de la maladie, le soutien et le renforcement des ressources disponibles pour les patients et 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 se poursuit 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

AMal Assurance-maladie

les mesures nécessaires de façon largement indépendante. Il est néanmoins prévu que l'OFSP suive même au-delà de 2019 les mesures qui n'auront pas été achevées.

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

Comme les partenaires tarifaires n'étaient parvenus à s'accorder ni à l'été 2016 sur une révision totale de la structure tarifaire TARMED, ni à l'automne 2016 sur une révision partielle des domaines surévalués, le Conseil fédéral a élaboré des propositions d'adaptation de TARMED ; après une procédure de consultation ordinaire, il a adopté, le 18 octobre 2017, une modification de l'ordonnance sur la fixation et l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie, et fixé ainsi la structure tarifaire TARMED adaptée valable depuis le 1^{er} janvier 2018 pour tous les assureurs et tous les fournisseurs de prestations. Par les adaptations qu'il a apportées 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. 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 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 de concert 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. À ce jour, les partenaires tarifaires ne sont pas non plus parvenus à s'accorder sur une révision commune de la structure tarifaire pour les prestations de physiothérapie. Dans ce domaine également, l'OFSP rencontre régulièrement les partenaires tarifaires.

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, ainsi que 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. Le Conseil fédéral en a pris connaissance 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 a été lancée du 14 septembre au 14 décembre 2018 sur un premier volet législatif portant sur les thèmes suivants : article permettant des projets pilotes, renforcement du contrôle des factures, tarifs, pilotage des coûts et système de prix de référence. Le message relatif à ce volet législatif sera soumis au Parlement en 2019. Un second volet législatif devrait suivre fin 2019.

Health Technology Assessment (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 programme se concentre sur une réévaluation et un réexamen des prestations potentiellement obsolètes de l'AOS, avec pour objectif de les retirer du catalogue des prestations ou d'en restreindre l'obligation de prise en charge (« désinvestissement »). L'unité HTA gère et coordonne le processus du programme HTA, ce qui comprend la détermination des thèmes prioritaires, la préparation scientifique des questions à poser sur les thèmes retenus et l'attribution des mandats d'établissement de rapports HTA. La décision relative aux thèmes à examiner appartient au DFI. Fin 2018, huit thèmes étaient en cours de traitement et six autres seront lancés en 2019.

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 qui peuvent être appliqués/utilisés par eux-mêmes. Cette liste n'ayant plus été revue systématiquement depuis plusieurs années, l'OFSP a lancé en décembre 2015 un projet de révision. Outre une révision complète de la LiMA, le projet prévoit de fixer les principes du réexamen périodique et de la détermination des montants maximaux de remboursement. Les adaptations se feront par étapes ; la LiMA devrait être entièrement révisée d'ici fin 2019, en accordant la priorité aux groupes de produits pour lesquels la nécessité d'intervenir est la plus grande.

Régions de primes : modifications au 1^{er} janvier 2019 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 2019. 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 ont pris effet courant 2018 ou au 1^{er} janvier 2019.

Perspectives

Mesures de maîtrise des coûts

Dans le cadre du programme visant à freiner la hausse des coûts dans l'AOS, un second volet législatif devrait être mis en consultation fin 2019. Celui-ci comprendra notamment des mesures dans le domaine des médicaments ainsi que l'introduction d'un objectif en matière d'évolution des coûts de l'AOS. Cet objectif est l'une des mesures centrales proposées par le groupe d'experts qui, en 2017, a élaboré sur mandat du DFI des propositions en vue de freiner la hausse des coûts dans l'AOS. Il s'agira en outre de mieux mettre en réseau, compléter et rendre accessibles les bases de données existantes au niveau national, afin d'optimiser et de rendre plus efficiente la conception du système de santé.

Affinement de la compensation des risques

Dans le cadre de la révision totale de l'ordonnance du 19 octobre 2016 sur la compensation des risques dans l'assurance-maladie (OCoR), le Conseil fédéral a inscrit dans l'ordonnance 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. Ce nouvel indicateur ne provoque pas d'incitations négatives au niveau des coûts. Il permettra de saisir les assurés « justes », c'est-à-dire ceux dont le besoin en médicaments laisse conclure qu'ils souffrent d'une maladie chronique générant des coûts élevés, et de décharger de façon plus nuancée les assureurs dont l'effectif compte de tels assurés. L'indicateur PCG sera appliqué pour la première fois pour la communication des données servant au calcul de la compensation des risques 2020. C'est pourquoi les assureurs sont tenus de récolter depuis le 1^{er} janvier 2018 les données requises conformément à la nouvelle ordonnance.

Adaptation des franchises à l'évolution des coûts

Après que les deux Chambres ont accepté la motion Bischofberger (15.4157 « Assurance obligatoire des soins. Adapter le montant des franchises à l'évolution des coûts »), le Conseil fédéral a transmis au Parlement le message à ce sujet le 28 mars 2018. Le projet du Conseil fédéral prévoit de relever toutes les franchises de 50 francs dès que les coûts bruts moyens par assuré sont plus de treize fois plus élevés que le montant de la franchise ordinaire. Le Conseil national a accepté le projet le 26 novembre 2018 et le Conseil des États a fait de même le 5 mars 2019. En vote final, le 22 mars 2019, le Conseil national a toutefois rejeté le projet.

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 le dispositif de compensation des risques, les assureurs seront déchargés pour les jeunes adultes (de 19 à 25 ans), ce qui leur permettra d'accorder à ces derniers des rabais plus importants sur les primes. De plus, les cantons seront tenus d'accorder une réduction de prime 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 la révision de l'OCoR du 11 avril 2018 et mis en vigueur la modification de la LAMal au 1^{er} janvier 2019. Ainsi, les assureurs peuvent proposer aux jeunes adultes, à partir de 2019, des primes plus avantageuses que ce n'aurait été le cas sans cet allègement. Les can-

tons 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. Le DFI a élaboré une modification d'ordonnance. Le projet ayant essuyé des critiques lors de la procédure de consultation, le DFI en a tenu compte pour mettre au point un second projet. Mais ni l'une ni l'autre version n'ont convaincu les commissions parlementaires compétentes. Le 21 août 2018, la commission du Conseil des États a déposé une motion visant au maintien des régions de primes actuelles (18.3713 « Maintenir les régions de primes dans leur état actuel »), motion qui a été acceptée le 12 décembre 2018 par le Conseil des États et le 7 mars 2019 par le Conseil national.

Franchises pluriannuelles

Selon l'initiative parlementaire 15.468 (« LAMal. Renforcer la responsabilité individuelle »), la LAMal doit être modifiée de manière à ce que les contrats prévoyant une forme particulière d'assurance (franchises à option, choix limité du fournisseur de prestations) ne puissent être proposés que pour une durée de trois ans. Les deux commissions ont décidé de donner suite à cette initiative. Le projet de loi préparé par la commission du Conseil national prévoit que les assurés ayant une franchise à option

doivent la conserver durant trois ans. Pendant cette période, ils pourront changer d'assureur, mais non de franchise. Dans son avis du 28 septembre 2018, le Conseil fédéral a conclu principalement à la non-entrée en matière. Le 26 novembre 2018, le Conseil national a approuvé le projet par 113 voix contre 60 et 5 abstentions. Le 5 mars 2019, le Conseil des États a décidé tacitement de ne pas entrer en matière.

AA Assurance-accidents

Dernières données disponibles : 2017

1 Chiffres actuels de l'AA

Recettes 2017 (y c. variations de valeur du capital)	9'154 mio de fr.
Dépenses 2017	6'915 mio de fr.
Résultat 2017	2'239 mio de fr.
Compte de capital 2017	55'139 mio de fr.
Cotisations 2019 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 2019	
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 2017, le capital de l'AA a continué d'augmenter pour s'établir à 55 139 millions de francs, ce qui représente un nouveau record.

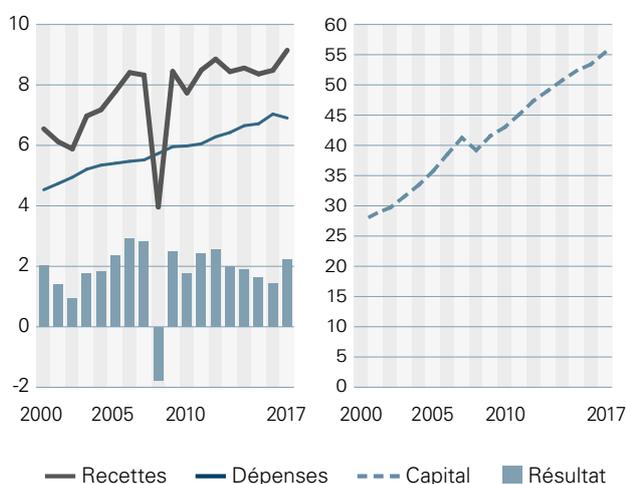
Évolution en 2017

Pour la première fois depuis 2012, les recettes de l'AA ont à nouveau augmenté davantage que les dépenses. Le résultat des comptes est ainsi remonté de 55,1 % en 2017, pour atteindre 2239 millions de francs.

Les recettes, elles, ont crû de 7,8 % et se chiffrent à 9154 millions de francs. Le produit des placements (produit courant du capital et variation de valeur du capital) a connu une très nette progression, de 30,7 %. Les dépenses, de leur côté, ont diminué de 1,8 %, s'établissant à 6915 millions de francs. Si le nombre d'accidents déclarés a augmenté (+2,3 %), l'effectif des bénéficiaires de rente a encore diminué (-1,4 %). Les dépenses ont été affectées à raison de 29,6 % à des frais de traitement, de 28,5 % à des indemnités journalières et de 28,2 % à des rentes et à des prestations en capital.

En 2017, l'AA était gérée par la Suva (principal assureur) et par 28 autres assureurs. Pendant l'année, 268837 cas d'accidents et maladies professionnels et 546289 cas d'accidents non professionnels ont été déclarés.

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

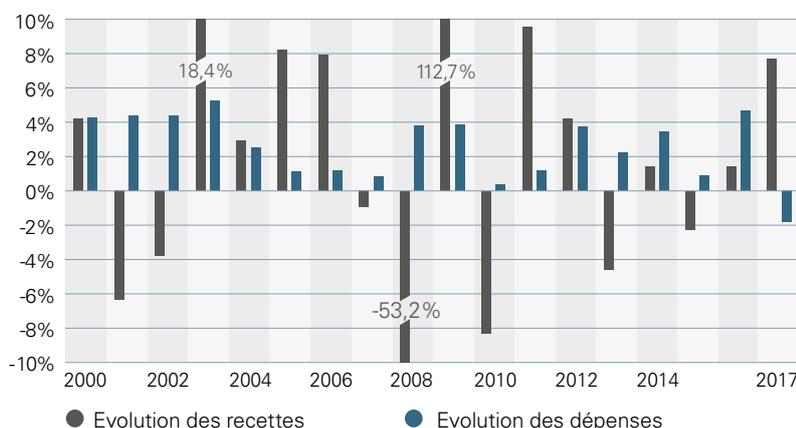


Les recettes calculées avec les variations de valeur du capital ont toujours été supérieures aux dépenses, sauf en 2008. Elles consistent pour l'essentiel en cotisations des assurés. Les principales composantes des dépenses sont les prestations à court terme (frais de traitement et indemnités journalières ; 2017 : 4 milliards de francs) et les prestations de longue durée (rentes et prestations en capital ; 2017 : 2 milliards de francs).

Les résultats positifs du compte permettent d'accumuler du capital (2017 : 55,1 milliards de francs) sous forme de provisions (système de répartition des capitaux de couverture). La diminution du capital en 2008 est une conséquence de la crise financière.

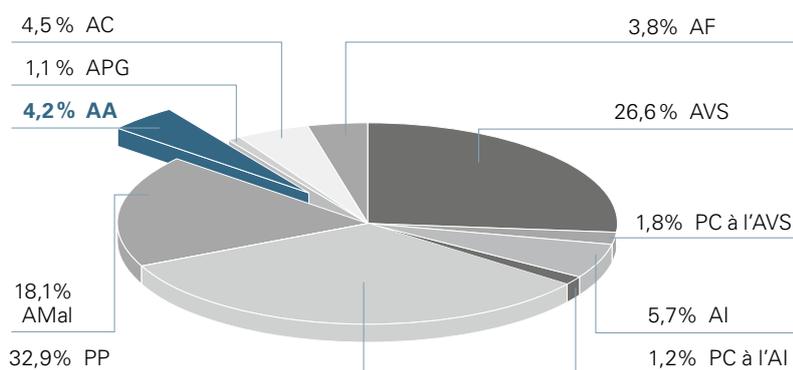
Dernières données disponibles : 2017

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



L'évolution des recettes dépend des cotisations des assurés et du produit des placements. Les cotisations des assurés ont augmenté de 1,0 % en 2017 (primes brutes AANP en hausse). Le produit des placements, quant à lui, a progressé de 30,7 %, atteignant 2676 millions de francs. Les dépenses, de leur côté, ont diminué de 1,8 %, en raison de la disparition de l'effet spécial de 2016 (atténuation du passage de la primauté des prestations à la primauté des cotisations auprès de la Suva).

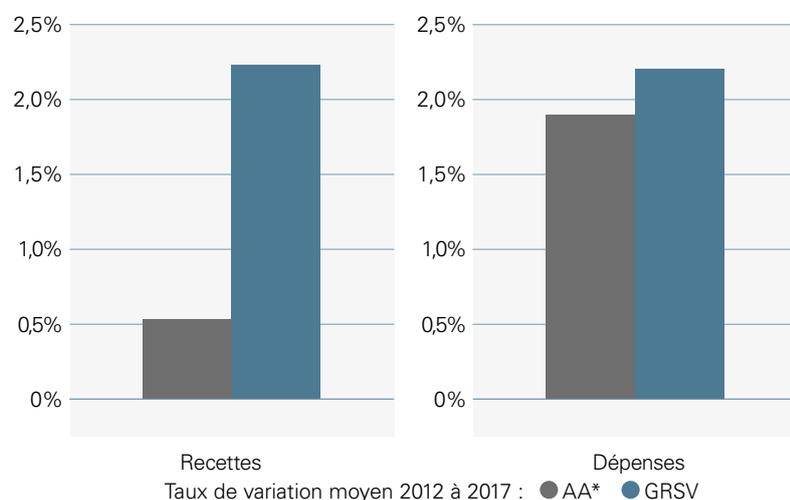
4 L'AA dans le CGAS 2017



Dépenses 2017 : 162,1 mia de fr.

À l'aune des dépenses, l'AA vient en sixième position des assurances sociales, avec 4,2 %. Les dépenses ont été affectées à raison de 29,6 % à des frais de traitement, de 28,5 % à des indemnités journalières et de 28,2 % à des rentes et à des prestations en capital.

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



Recettes de 2012 à 2017 : Les recettes de l'AA ont augmenté légèrement (0,5 %), soit moins que celles du CGAS (2,2 %). Cette évolution est due au fait que la hausse des recettes de primes a été faible.

Dépenses de 2012 à 2017 : La hausse des dépenses de l'AA (1,9 %) a été inférieure à celle du CGAS (2,2 %). Cette hausse résulte surtout de celle des prestations à court terme (3,1 %), alors que celle des prestations de longue durée (0,4 %) a eu pour effet de la modérer.

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

Finances

Finances 2017 de l'AA, en millions de francs

	2017	Variation 2016/2017
Total des recettes	9'154	7,8%
Primes des entreprises (AP) et des assurés (ANP, AF et AAC)	6'207	1,0%
Produit des placements (y c. variations de valeur du capital)	2'676	30,7%
Autres recettes	271	-8,8%
Total des dépenses	6'915	-1,8%
Prestations à court terme	4'014	0,8%
Prestations de longue durée	1'950	0,1%
Autres dépenses	950	-14,8%
Résultat des comptes	2'239	55,1%
Variation du capital	1'956	80,6%
Capital¹	55'139	3,7%

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 2019), OFAS et www.ofas.admin.ch.

Chiffres relatifs à la structure de l'AA

	2016	2017
Assureurs	29	29
Entreprises assurées	601'251	609'123
Salariés à plein temps ¹ (en milliers)	4'011	4'059
Somme des salaires soumis à une prime AP (en mrd fr.)	304	308
Nombre d'accidents professionnels enregistrés	265'932	268'837
Nombre d'accidents non professionnels enregistrés	530'592	546'289
Rentes d'invalidité déterminées	1'878	1'845
Cas de décès reconnus	636	610
Indemnités pour atteinte à l'intégrité et autres versements en capital	5'096	5'199
Frais médicaux (en mio fr.)	1'918,2	1'934,6
Indemnités journalières (en mio fr.)	1'914,1	1'955,8
Capital de couverture des nouvelles rentes octroyées (en mio fr.)	902,3	858,8

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 2017 prov.)

Réformes

Depuis le dernier remaniement de la liste des maladies professionnelles (annexe 1 de l'ordonnance du 20.12.1982 sur l'assurance-accidents, OLAA), il y a plus de dix ans, de nouvelles substances et de nouvelles influences mécaniques pouvant affecter la santé des travailleurs sont apparues. Les progrès médicaux, scientifiques et techniques permettent de mieux identifier les causes et les mécanismes des maladies professionnelles les plus diverses. La Suva a donc soumis le 21 juin 2016 au DFI une proposition de modification de la liste des maladies professionnelles en vue d'adapter cette dernière aux connaissances scientifiques actuelles. Le Conseil fédéral a accepté les modifications proposées et mis en vigueur l'annexe 1 de l'OLAA, remaniée et complétée, au 1^{er} janvier 2018.

Perspectives

L'Association suisse d'assurances (ASA) a adressé au DFI, le 28 septembre 2018, une demande de modification des normes comptables uniformes pour la pratique de l'assurance-accidents, demande soutenue par la Suva et le collectif d'intérêts des autres assureurs LAA. La seule modification proposée est une baisse du taux technique à 1,5 % dès le 1^{er} janvier 2020 pour toutes les rentes. Conformément à l'art. 108 OLAA, les nouvelles normes comptables uniformes doivent être approuvées par le DFI.

AM Assurance militaire

Chiffres clés

Selon la statistique de l'assurance militaire publiée par la Suva, le montant global des prestations versées en 2018 est de 174 millions de francs, en recul de 9,89 millions par rapport à l'exercice 2017. Le

montant (chiffres arrondis) des principales prestations de l'assurance militaire versées en 2018 et le nombre de cas sont les suivants.

Chiffres détaillés de l'AM pour 2018

	2018 en milliers de fr.		Variation 2017/2018
Coût total des prestations d'assurance	173'617		-5,4
Frais de traitement	66'100		-6,1
Indemnités journalières	26'085		-4,5
Rentes	81'432		-5,1
Rentes d'invalidité ¹	41'940		-4,1
Rentes pour atteinte à l'intégrité	3'174		-
Rentes de survivants	34'355		-4,9

		Nombre de rentes 2018	Variation 2017/2018
Nombre total de rentes		3'329	-4,7
Rentes d'invalidité		1'709	-3,2
Rentes pour atteinte à l'intégrité		407	-3,1
Rentes de survivants		1'045	-6,4
Divers (allocations et indemnités supplémentaires)		168	-12,5

	Coût 2018 en milliers de fr.	Nombre de cas 2018	Variation 2017/2018
Coûts¹ et nombre de cas par catégorie d'assurés, total	173'617	38'731	-5
Militaires de milice	98'047	20'112	-7,5
Astreints à la protection civile	5'048	1'560	+5,6
Astreints au service civil	8'076	9'632	-1,2
Personnel militaire	46'313	4'475	-6,7
Assurés à titre facultatif	12'128	2'216	+1,4
Participants aux actions de maintien de la paix	1'324	495	-9,3
Membres du Corps suisse d'aide humanitaire	667	201	-4,7
Divers	3'014	40	-21,6

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 2018 et atteint en chiffres arrondis 174 millions de francs (-5,4 %). Le coût total des rentes a atteint 81,4 millions de francs, en diminution de 5,1 % par rapport à 2017. Le nombre des rentes en cours est de 3329, en baisse de 4,7 %. 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 de traitement ont diminué de 6,1 % pour s'établir à 66,1 millions de francs. En 2015 et 2016, ils augmentaient encore de respectivement 8,1 % 0,4 %, pour commencer à diminuer, de 0,2 %, en 2017. Les coûts des indemnités journalières ont atteint 26,1 millions de francs, en recul de 4,5 % par rapport à l'exercice précédent. Le nombre de cas s'est élevé à 38 731 en 2018, en recul de 5 % par rapport à 2017.

Le nombre de cas d'assurance liés au service civil a diminué pour la première fois depuis un certain temps. Le recul par rapport à l'année précédente est de 1,2 %. En 2017, ce nombre était encore en hausse de 18,1 %. Malgré la diminution du nombre de cas, les dépenses dans cette catégorie ont légèrement augmenté, atteignant 8,1 millions de francs (+665 000 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 7,5 % (et de 7,3 % en 2017). Le nombre de cas a également diminué par rapport à 2017 dans les catégories du personnel militaire (-6,7 %), des participants aux opérations de maintien de la paix (-9,3 %) et des membres du Corps

suisse d'aide humanitaire (-4,7 %). En revanche, il a augmenté en ce qui concerne les personnes servant dans la protection civile (+5,6 %) et les assurés à titre facultatif (+1,4 %). En 2018, l'assurance militaire a traité 38 731 nouveaux cas d'assurance, soit 2038 de moins qu'en 2017 (-5 %).

Financement

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

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 2018, l'assurance militaire a occasionné des dépenses globales brutes de 195,68 millions de francs (-9,71 millions), comprenant 175,19 millions de francs pour l'ensemble des prestations et 20,49 millions (-1,2 million) pour les frais d'administration.

Les recettes provenant des actions récursoires, des remboursements et des primes des assurés à titre professionnel en activité ou à la retraite ont rapporté 20,06 millions de francs (-1,27 million).

Les dépenses globales nettes de la Confédération en 2018 pour l'assurance militaire se sont donc élevées à 175,62 millions de francs (-8,44 millions).

AM Assurance militaire

Dernières données disponibles : 2016

Réformes

Avec la loi fédérale du 17 mars 2017 sur le programme de stabilisation 2017–2019 ont également été décidées certaines modifications de la loi sur l'assurance militaire concernant le financement des primes d'assurance-maladie par les assurés à titre professionnel (militaires professionnels actifs) et les assurés à titre facultatif (militaires professionnels retraités) : 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. En 2018, la prime mensuelle pour les prestations en cas de maladie était de 340 francs, et le supplément dans l'assurance facultative pour les prestations en cas d'accident, de 24 francs par mois.

APG Allocations pour perte de gain

1 Chiffres clés actuels des APG

Avec un déficit de 12 millions de francs, les comptes 2018 des APG sont de nouveau presque équilibrés.

Sous l'effet de la réduction du taux de cotisation, passé de 0,50 % à 0,45 % au 1^{er} janvier 2016, le régime des APG a accusé en 2016, pour la première fois depuis 2010,

Recettes 2018	1'669 mio de fr.
Dépenses 2018	1'681 mio de fr.
Résultat d'exploitation 2018	-12 mio de fr.
Compte de capital 2018	1'025 mio de fr.

Allocation de base 2019	
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 2017	
Armée	5'325'739
Service civil, protection civile, J+S, cours pour moniteurs de jeunes tireurs	2'133'663
Jours d'allocations de maternité	6'531'891
Maternité, nombre de bénéficiaires 2017	81'310

un déficit (-52 millions de francs). Grâce à une augmentation des cotisations limitée à cinq ans, il avait enregistré auparavant, cinq années de suite, des excédents de recettes compris entre 97 et 170 millions de francs. Ainsi, le compte de capital du régime des APG avait augmenté de 664 millions de francs en tout de 2010 à 2015.

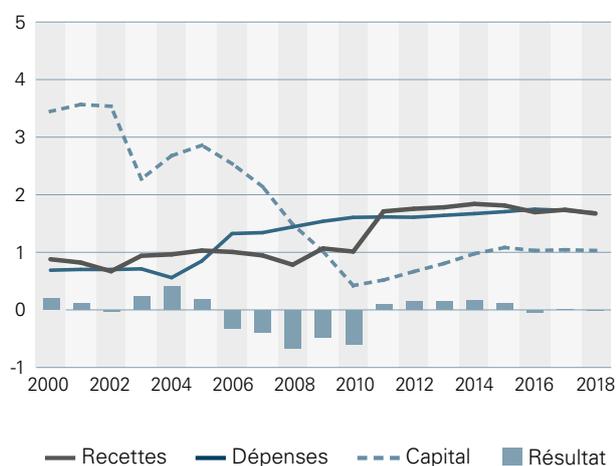
Évolution en 2018

Presque équilibrés, les comptes 2018 accusent des pertes de valeur du capital à hauteur de 53 millions de francs.

Les **dépenses** se sont montées à 1681 millions de francs, soit 43 millions de moins que l'année précédente (-2,5 %) ; elles ont été affectées à hauteur de 95,6 % à des indemnités journalières.

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 liquidités du fonds de compensation excédaient à nouveau 50 % des dépenses annuelles.

2 Recettes, dépenses, résultats et capital des APG de 2000 à 2018, en milliards de francs

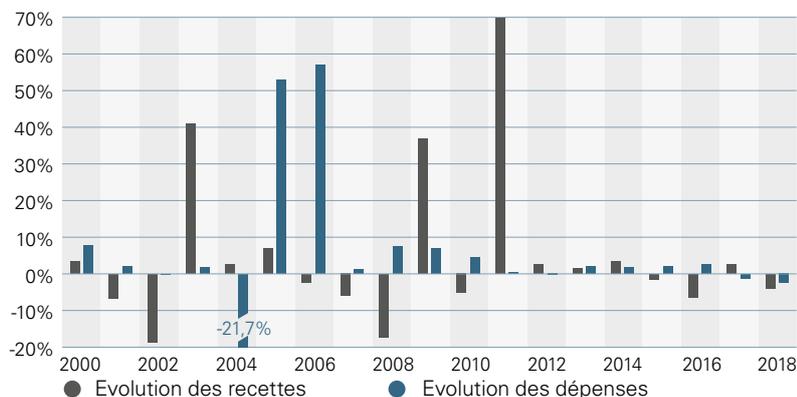


Après l'entrée en vigueur de la révision de la LAPG le 1^{er} juillet 2005 (instauration de l'assurance-maternité et hausse des prestations pour les personnes faisant du service), les comptes du régime des APG ont comme prévu enregistré des déficits et une diminution du capital. Grâce au relèvement temporaire 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. Après avoir affiché un excédent en 2017 grâce à des gains de valeur du capital, le régime des APG accusait de nouveau un résultat négatif en 2018, en raison de pertes de valeur du capital.

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

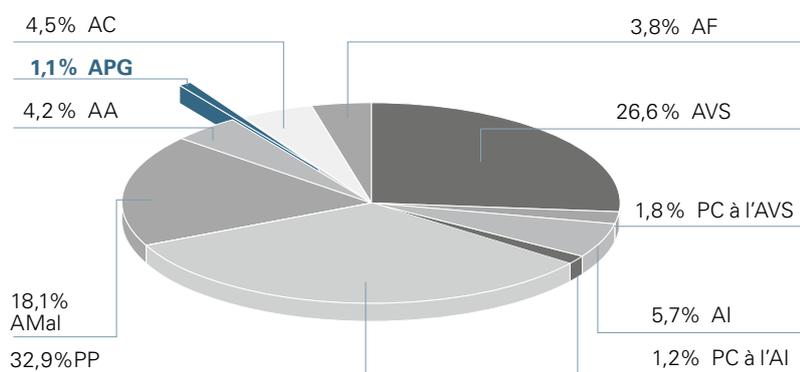
APG Allocations pour perte de gain

3 Evolution des recettes et des dépenses des APG de 2000 à 2018



Le relèvement temporaire du taux de cotisation a eu pour effet que les recettes des APG ont augmenté d'environ 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 % à la suite d'une baisse du taux de cotisation. En 2017 et 2018, les comptes étaient pratiquement équilibrés.

4 Les APG dans le CGAS 2017

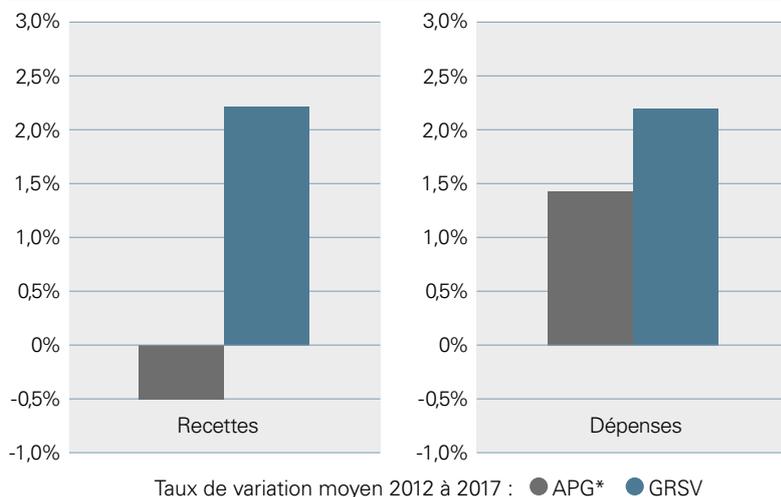


Dépenses 2017 : 162,1 mia de fr.

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 à l'été 2005.

En 2017, 95,5 % de ses dépenses, qui ont atteint 1724 millions de francs, ont été affectés à des indemnités journalières, dont 50,7 % au titre des allocations de maternité et 49,3 % pour des prestations à des personnes faisant du service (estimation OFAS).

5 Evolution actuelle des APG par rapport à celle du CGAS



Source : SAS 2019 (parution automne 2019), OFAS, et www.ofas.admin.ch

Recettes de 2012 à 2017 : Les recettes moyennes des APG sur cinq ans ont reculé de 0,5 %. Leur évolution a donc été nettement inférieure à celle du CGAS (2,2 %).

Dépenses de 2012 à 2017 : Les dépenses du régime des APG ont augmenté de 1,4 % en moyenne annuelle, contre 2,2 % pour celles de 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 2018 des APG, en millions de francs

	2018	Variation 2017/2018
Recettes	1'669	-3,9%
Cotisations des assurés et des employeurs	1'706	1,8%
Produit des placements	-37	-160,8%
Produit courant du capital	16	-6,6%
Variations de valeur du capital	-53	-218,8%
Dépenses	1'681	-2,5%
Prestations en espèces	1'678	-2,5%
Émoluments	1'608	-2,4%
Créances en restitution, net	-27	-3,1%
Quote-part de cotisations à la charge du régime des APG	97	-2,7%
Frais d'administration	3	-4,3%
Résultat d'exploitation	-12	-195,4%
Résultat de répartition (hors produit des placements)	25	152,0%
Résultat selon le CGAS (hors variation de valeur du capital)	41	227,9%
Capital	1'025	-1,1%

Source : SAS 2019 (parution fin 2019), 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 en raison de la croissance des salaires.

Les prestations en espèces, essentiellement les indemnités journalières (armée, protection civile, Jeunesse et Sport, service civil et maternité), ont baissé de 2,5 % en 2018, s'établissant à 1678 millions de francs.

Le résultat de répartition (résultat de l'exercice hors produit des placements) a été de 25 millions de francs en 2018. Compte tenu du produit des placements

(-37 millions de francs), le résultat d'exploitation a enregistré un recul de 24 millions par rapport à l'année précédente, descendant à -12 millions de francs. De ce fait, le compte de capital est passé de 1036 à 1025 millions de francs (-1,1 %). Les liquidités et les placements correspondaient ainsi à 50,9 % des dépenses d'une année, soit encore au-dessus de la limite des 50 %.

Réformes

Instauration 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.

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 ne sont pas obligés d'interrompre entièrement leur activité lucrative, il suffit qu'ils réduisent leur taux d'occupation d'au moins 20 %. Les parents peuvent librement choisir lequel des deux prend le congé ou convenir de le partager entre eux. L'avant-projet a été mis en consultation du 16 février au 23 mai 2018. Il a reçu un accueil partagé. Alors que divers participants à la consultation jugeaient le congé d'adoption inutile et refusaient par principe toute extension « inappropriée » de la politique sociale, d'autres y voyaient un premier pas dans la bonne direction, mais trop timide. Lors de sa séance du 16 novembre 2018, la CSSS-N a décidé de proposer au Conseil national de classer l'initiative parlementaire. À sa séance du 22 mars 2019, ce dernier a refusé de le faire. L'objet est donc retourné à la CSSS-N.

Prolongation du droit à l'allocation de maternité en cas d'hospitalisation prolongée du nouveau-né

Le régime des APG prévoit déjà que le droit à l'allocation de maternité peut être différé en cas de séjour du nouveau-né à l'hôpital de plus de trois semaines immédiatement après la naissance. La loi ne prévoit cependant aucune allocation pour perte de gain pendant l'hospitalisation 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 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'en augmenter la durée de perception de 56 jours au maximum (de 98 à 154 jours) en cas de séjour du nouveau-né à l'hôpital de plus de trois semaines immédiatement après la naissance. Seules les mères qui continuent de travailler après le congé de maternité pourront bénéficier de cette prolongation. Ainsi, la perte de gain liée à la prise en charge de l'enfant à l'hôpital sera compensée dans 80 % des cas. De plus, les huit semaines d'interdiction de travailler après l'accouchement sont couvertes. 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. L'avant-projet a été mis en consultation du 2 mars au 12 juin 2018. Il a reçu un accueil globalement très positif, tant en ce qui concerne la prolongation de la durée d'octroi de l'allocation de maternité que la protection prévue dans le CO. L'écrasante majorité a approuvé l'avant-projet proposé, qui s'inscrit dans un cadre clairement délimité, accroît la sécurité du droit et n'entraîne qu'une hausse modérée des dépenses au titre des APG. Le Conseil fédéral a adopté le message à ce sujet le 30 novembre 2018 à l'intention du Parlement.

Congé de paternité : initiative populaire et contre-projet indirect

Le 4 juillet 2017 a été déposée l'initiative populaire fédérale « Pour un congé de paternité raisonnable – en faveur de toute la famille », qui vise à ce que la Confédération inscrive dans la loi le droit à un congé de paternité rémunéré d'au moins quatre semaines, financé par le régime des APG. Dans son message du 1er juin 2018 (18.052), le Conseil fédéral a proposé à l'Assemblée fédérale de recommander au peuple et aux cantons le rejet de cette initiative sans lui présenter de contre-projet direct ou indirect.

Le 21 août 2018, la CSSS-E a décidé d'opposer à l'initiative un contre-projet indirect sous la forme

APG Allocations pour perte de gain

d'une initiative parlementaire (18.441 « Contre-projet indirect à l'initiative pour un congé de paternité »). Celle-ci prévoit un congé de paternité payé de deux semaines, que le père peut prendre dans les six mois suivant la naissance, en bloc ou par journées. Ce congé serait financé par le régime des APG, par analogie avec l'allocation de maternité. La Commission de la science, de l'éducation et de la culture du Conseil national (CSEC-N), également chargée de l'examen de l'initiative populaire en question, a approuvé la décision de la CSSS-E le 20 septembre 2018.

Le 6 novembre 2018, la CSSS-E a approuvé un avant-projet de loi incluant un rapport explicatif et a lancé la procédure de consultation le 16 novembre 2018. Celle-ci a pris fin le 2 mars 2019. Le 15 avril 2019, la CSSS-E a pris connaissance des résultats de la consultation et a approuvé le projet de rapport ainsi que le projet de loi. Le Conseil fédéral a déjà pris position sur le contre-projet indirect dans un rapport, dans lequel il propose de rejeter un congé de paternité de deux semaines. Le Conseil des États en a débattu au cours de la session d'été 2019 ; le Conseil national examinera le contre-projet au cours de la session d'automne.

APG Allocations pour perte de gain

AC Assurance-chômage

1 Chiffres clés actuels de l'AC

L'exercice 2018 s'est soldé pour le Fonds de compensation de l'AC par un total des charges de 6731 millions de francs pour un produit global de 7904 millions de francs, soit un excédent de 1173 millions de francs.

Recettes 2018	7'904 mio de fr.
Dépenses 2018	6'731 mio de fr.
Résultat 2018	1'173 mio de fr.
Compte de capital 2018	191 mio de fr.

Cotisations 2019	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 2019 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
---	---------------------

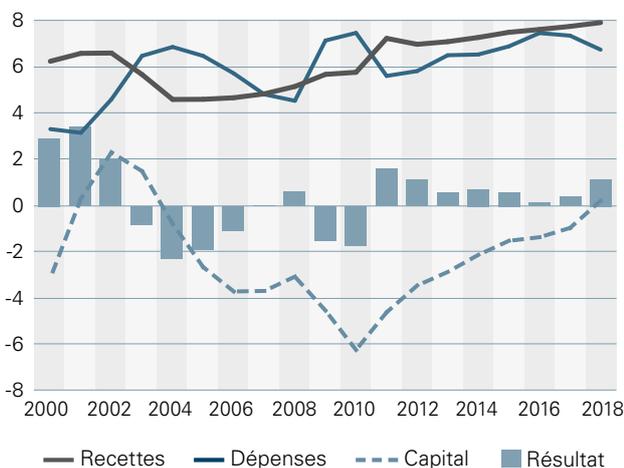
La durée de perception, selon les conditions, varie au sein d'un délai-cadre de deux ans.

Évolution en 2018

La persistance d'une forte croissance réelle du PIB (2,5 %) a permis en 2018 comme en 2017 une baisse du taux de chômage. Le nombre de chômeurs inscrits, 118 103 en 2018, était nettement inférieur à la moyenne de l'année précédente (143 142). Les dépenses dues aux indemnités de chômage ont baissé de 8,3 %, pour s'établir à 4748 millions de francs. De ce fait les dépenses de l'AC ont elles aussi diminué de 8,3 % pour se chiffrer à 6731 millions de francs. De leur côté, les recettes ont progressé de 2,1 % et ont atteint 7904 millions de francs. Le résultat des comptes, en hausse de 192 %, affichait 1173 millions de francs.

La 4e 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 déplafonné, 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 deux 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.

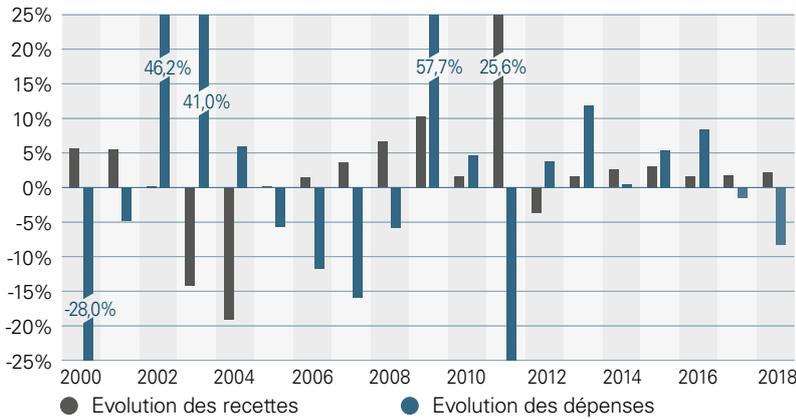
2 Recettes, dépenses, résultat et capital de l'AC de 2000 à 2018, en milliards de francs



Grâce à une nouvelle hausse des recettes et à une baisse significative des dépenses, l'AC affichait en 2018 un résultat des comptes nettement positif, de 1173 millions de francs. Cela a permis au Fonds de compensation de l'AC de présenter, pour la première fois depuis 2003, un solde positif, de 191 millions de francs.

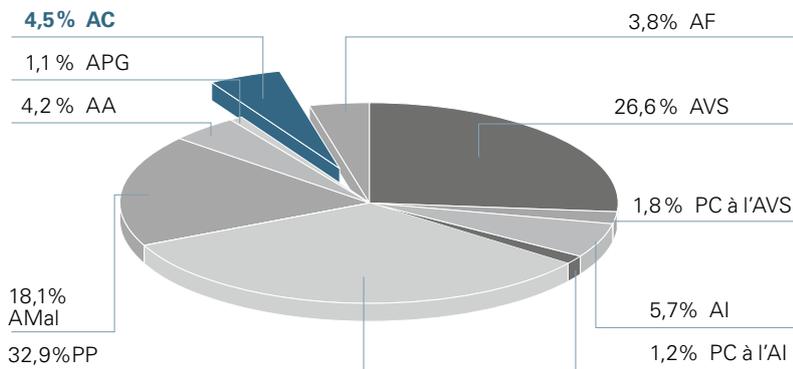
L'évolution cyclique des comptes de l'AC, visible dans le graphique, illustre bien le rôle stabilisateur joué par cette assurance sur la conjoncture.

3 Evolution des recettes et des dépenses de l'AC de 2000 à 2018



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 2011, la croissance économique a induit une nette baisse des dépenses de l'AC. En 2011, la 4^e révision partielle de la LACI a, elle aussi, contribué à la baisse des dépenses. Après une période de hausse, l'AC a enregistré un nouveau recul des dépenses en 2017 et surtout en 2018 (respectivement -1,5 % et -8,3 %) grâce à une conjoncture favorable.

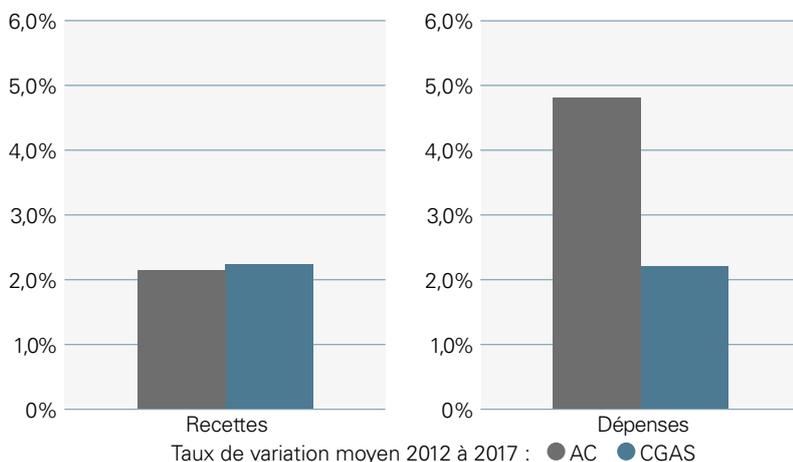
4 L'AC dans le CGAS 2017



Dépenses 2017 : 162,1 mia de fr.

Mesurée à l'aune des dépenses, l'AC arrivait en cinquième position des assurances sociales, avec 4,5 %. Ses dépenses ont été affectées à raison de 70,5 % aux indemnités de chômage et de 9,3 % aux mesures du marché du travail.

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



Recettes de 2012 à 2017 : L'augmentation moyenne des recettes du CGAS (2,2 %) a été légèrement supérieure à celle des recettes de l'AC (2,1 %).

Dépenses de 2012 à 2017 : L'évolution moyenne des dépenses de l'AC (4,8 %) a été nettement plus importante et a contribué de façon notable à la hausse des dépenses du CGAS (2,2 %).

Source : SAS 2019 (parution automne 2019), OFAS, et www.ofas.admin.ch

Finances

Résultat des comptes 2018, en millions de francs

	2018	Variation 2017/2018
Total des recettes	7'903,9	2,1%
Cotisations des assurés et des employeurs	7'199,5	1,9%
Contributions des pouvoirs publics	680,8	1,9%
Participation financière de la Confédération	498,7	1,9%
Participation financière des cantons	166,2	1,9%
Participation des cantons aux frais des mesures du marché du travail	15,9	1,7%
Intérêts créanciers	4,9	-15,1%
Autres produits	6,7	624,0%
Produit des différences de cours	12,0	-
Total des dépenses	6'730,6	-8,3%
Prest. en espèces hors cotisations aux assurances sociales	5'080,4	-9,2%
Indemnités de chômage ¹	4'748,4	-8,3%
Cotisations aux assurances sociales des bénéficiaires d'IC	-374,2	8,3%
Indemnités en cas de réduction de l'horaire de travail	29,0	-68,0%
Indemnités en cas d'intempéries	27,8	-49,1%
Indemnités en cas d'insolvabilité	24,9	-15,3%
Mesures du marché du travail	624,5	-4,1%
Cotisations aux ass. sociales sur les indemnités de chômage	696,4	-8,3%
Cotisations AVS/AI/APG ²	478,2	-8,3%
Cotisations ANP ²	176,0	-8,3%
Cotisations AP ³	4,7	-9,9%
Cotisations LPP ²	37,5	-7,3%
Indemnités liées aux accords bilatéraux ⁴	195,5	-19,4%
Frais d'administration	756,3	3,9%
Intérêts débiteurs	0,9	-28,4%
Autres dépenses	1,0	-90,7%
Dépenses différences de cours	0,0	-
Résultat	1'173,3	192,3%
Capital	190,9	119,4%
Chiffres clés		
Chômeurs inscrits (moyenne annuelle)	118'103	-17,5%
Taux de chômage	2,6%	

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 2019 (parution fin 2019), OFAS et www.ofas.admin.ch.

L'exercice 2018 s'est soldé pour le Fonds de compensation de l'AC par des dépenses de 6731 mil-

lions de francs et des recettes de 7904 millions de francs, soit un excédent de 1173 millions de francs.

Bilan au 31 décembre 2018, en millions de francs

	2018	Variation 2017/18
Actifs	1'778.5	1,4%
Liquidités :	203.9	12,1%
<i>Placements à court terme de l'organe de compensation</i>	-	-
<i>Disponibilités du Fonds de compensation</i>	99.3	39,7%
<i>Disponibilités des caisses de chômage</i>	104.7	-5,6%
Comptes courants / débiteurs	1'442.3	-0,2%
Actifs transitoires	125.4	2,3%
Mobiliers	6.8	70,4%
Passifs	1'778.5	1,4%
Comptes courants / créanciers	251.5	-17,3%
Provisions pour application de l'art. 29 LACI	46.5	0,8%
Provisions pour insolvabilité	92.0	-2,7%
Autres provisions à court terme	91.9	14,8%
Passifs transitoires	5.6	-48,9%
Emprunts de trésorerie auprès de la Confédération	1'100.0	-50,0%
Capital propre	190.9	119,4%

Grâce au résultat positif réalisé en 2018, l'emprunt de trésorerie auprès de la Confédération a encore pu être réduit de 1100 millions de francs, ramenant

ainsi le total des emprunts, fin 2018, à 1100 millions de francs.

AF Allocations familiales

Dernières données disponibles : 2017 ; données recueillies par l'OFAS

1 Chiffres clés actuels des AF

Recettes 2017	6'319 mio de fr.
Dépenses 2017	6'255 mio de fr.
Prestations sociales 2017	5'882 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	2017 ¹
Au titre de la LAFam	2'200'952
Au titre de la LFA	43'238
Montants cantonaux des allocations pour enfant (par mois)	2019
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	2019
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	2019
(en % du salaire soumis à l'AVS)	
Employeurs	1,20%–2,80%
Indépendants	0,50%–2,80%

¹ Le catalogue de données qui sert de base au recensement des allocations familiales versées en vertu de la LAFam a été modifié en 2017. Étant donné que l'analyse adopte désormais une optique annuelle et qu'une même allocation peut être comptabilisée à plusieurs reprises en cas de changement de caisse, ces données peuvent compter plusieurs fois un même bénéficiaire.

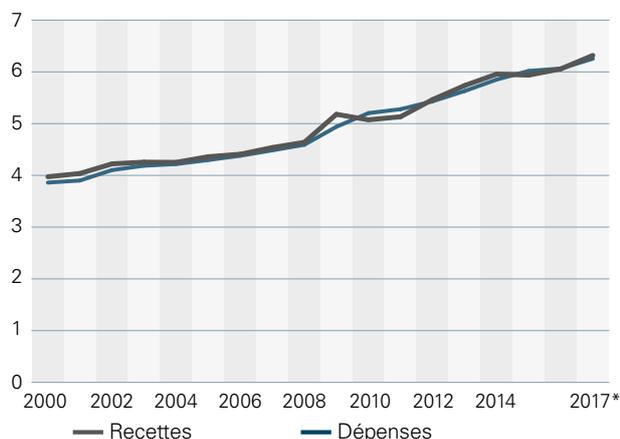
Depuis l'entrée en vigueur de la loi fédérale sur les allocations familiales (LAFam) en 2009, les recettes de l'ensemble des allocations familiales ont augmenté de 1,1 milliard de francs et les dépenses de 1,3 milliard.

Évolution en 2017

Les recettes des AF ont atteint 6,3 millions de francs en 2017. 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 1,61 % en 2017 (2016 : 1,59 %).

Les dépenses des AF ont atteint 6,3 millions de francs en 2017. Les prestations versées, se montant à 5,9 millions de francs, en représentaient 94,0 %. 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 2017, 2,2 millions d'allocations (pour enfant ou de formation professionnelle) ont été versées en tout au titre de la LAFam, et 43 238 au titre de la loi fédérale sur les allocations familiales dans l'agriculture (LFA).

2 Recettes et dépenses des AF de 2000 à 2017, en milliards de francs

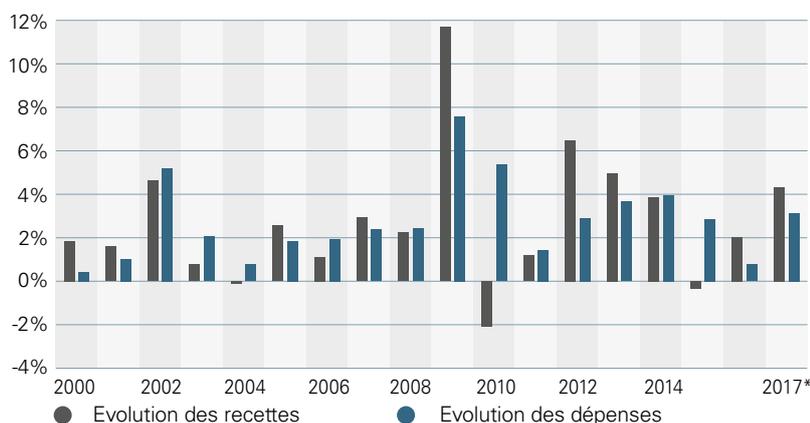


2017* Une comparaison avec l'année précédente doit être considérée avec prudence en raison de l'adaptation du catalogue de données.

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 2017, les recettes ont augmenté de 4,3 % en raison de la hausse des taux de cotisation et des salaires. Quant aux dépenses, elles ont progressé de 3,1 %, une évolution qui s'explique par l'augmentation du nombre d'allocations octroyées et par le relèvement du montant des allocations dans le canton de Schwyz au 1^{er} janvier 2017.

Dernières données disponibles : 2017 ; données recueillies par l'OFAS

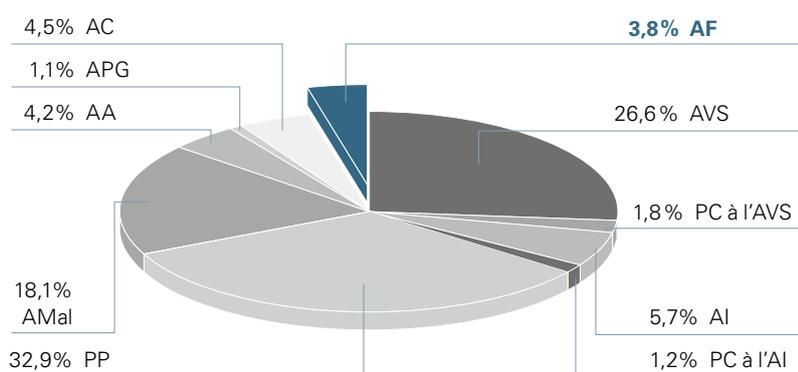
3 Evolution des recettes et des dépenses des AF de 2000 à 2017



En 2017 comme en 2016, les recettes ont augmenté plus fortement que les dépenses. La progression des recettes en 2017 (4,3 %) résultait notamment de l'augmentation des revenus soumis à cotisation. Celle des dépenses (3,1 %) est due à une légère augmentation du nombre d'allocations versées ainsi qu'à la stagnation du montant des allocations.

2017* Une comparaison avec l'année précédente doit être considérée avec prudence en raison de l'adaptation du catalogue de données.

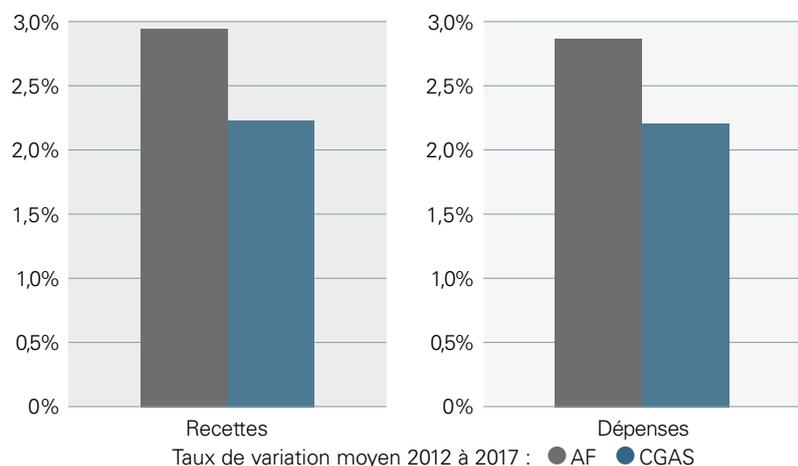
4 Les AF dans le CGAS 2017



Dépenses 2017 : 162,1 mia de fr.

Considérées sous l'angle des dépenses de l'ensemble des assurances sociales, les AF, tous régimes confondus, occupaient l'antépénultième position, avec 3,8 %. Les dépenses ont été affectées à des prestations d'assurance sociale à raison de 94,0 %, dont 46,5 % pour les prestations octroyées par les caisses de compensation cantonales.

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



Recettes de 2012 à 2017 : Le taux de croissance moyen des recettes des AF (2,9 %) a été nettement supérieur à celui des recettes du CGAS (2,2 %). Son évolution dépend des taux de cotisation et des revenus soumis à cotisation.

Dépenses de 2012 à 2017 : Le taux de croissance des dépenses des AF (2,9 %) a lui aussi été nettement supérieur à celui des dépenses du CGAS (2,2 %). En conséquence, le poids des AF dans le système de sécurité sociale a augmenté au cours des cinq dernières années.

Source : SAS 2019 (parution automne 2019), 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 7110 francs par an (à partir du 1^{er} janvier 2019) ainsi que les per-

sonnes sans activité lucrative au revenu imposable modique touchent, pour leurs enfants et les jeunes en formation, des allocations familiales au titre de la LAFam. Une loi spécifique s'applique aux agriculteurs indépendants et aux travailleurs agricoles qu'ils emploient (loi fédérale sur les allocations familiales dans l'agriculture, LFA, voir p. 85).

Statistique des caisses de compensation pour allocations familiales, 2017, en millions de francs

Postes du compte	Dépenses	Recettes
Cotisations des employeurs ¹		5'609
Cotisations des indépendants ²		224
Cotisations des personnes sans activité lucrative ³		10
Contributions des cantons		136
Recettes de la compensation des charges au niveau cantonal ⁴		136
Autres recettes		124
Allocations familiales	5'700	
Autres prestations ⁵	162	
Versements à la compensation des charges au niveau cantonal	185	
Autres dépenses	47	
Résultat annuel (bénéfice)	53	
Total	6'148	6'148

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.

Compte d'administration, placements inclus, 2017, en millions de francs

Type d'allocation	Charges	Produits
Compte d'administration	181	68
Placements et immobilier	43	166
Résultat annuel	10	
Total	234	234

Nombre d'allocations (y c. allocations différentielles), 2017¹

Type d'allocation	Versées aux salariés	Versées aux indépendants	Versées aux personnes sans activité lucrative	Total	Pourcentage
Allocations pour enfant	1'550'800	43'500	36'800	1'631'100	73,2%
Allocations de formation professionnelle	539'800	19'800	10'300	569'900	25,6%
Allocations de naissance et d'adoption	26'600	600	1'200	28'400	1,3%
Total	2'117'200	63'900	48'300	2'229'400	100,0%
Pourcentage	95,0%	2,9%	2,2%	100%	

¹ Le catalogue de données qui sert de base au recensement des allocations familiales versées en vertu de la LAFam a été modifié en 2017. Étant donné que l'analyse adopte désormais une optique annuelle et qu'une même allocation peut être comptabilisée à plusieurs reprises en cas de changement de caisse, ces données peuvent compter plusieurs fois un même bénéficiaire.

Somme des allocations familiales (y c. allocations différentielles), 2017, en millions de francs

Type d'allocation	Versées aux salariés	Versées aux indépendants	Versées aux personnes sans activité lucrative	Total	Pourcentage
Allocations pour enfant	3'796,9	116,8	97,9	4'011,7	70,4%
Allocations de formation professionnelle	1'548,4	62,2	34,3	1'644,9	28,9%
Allocations de naissance et d'adoption	40,4	1,1	2,2	43,7	0,8%
Total	5'385,7	180,1	134,5	5'700,3	100,0%
Pourcentage	94,5%	3,2%	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 cantons² ont fait usage de la compétence de fixer des montants plus élevés, et neuf³ accordent des allocations de naissance ou d'adoption.

² ZH, BE, LU, SZ, NW, ZG, FR, GR, VD, VS, NE, GE et JU.

³ LU, UR, SZ, FR, VD, VS, NE, GE et JU.

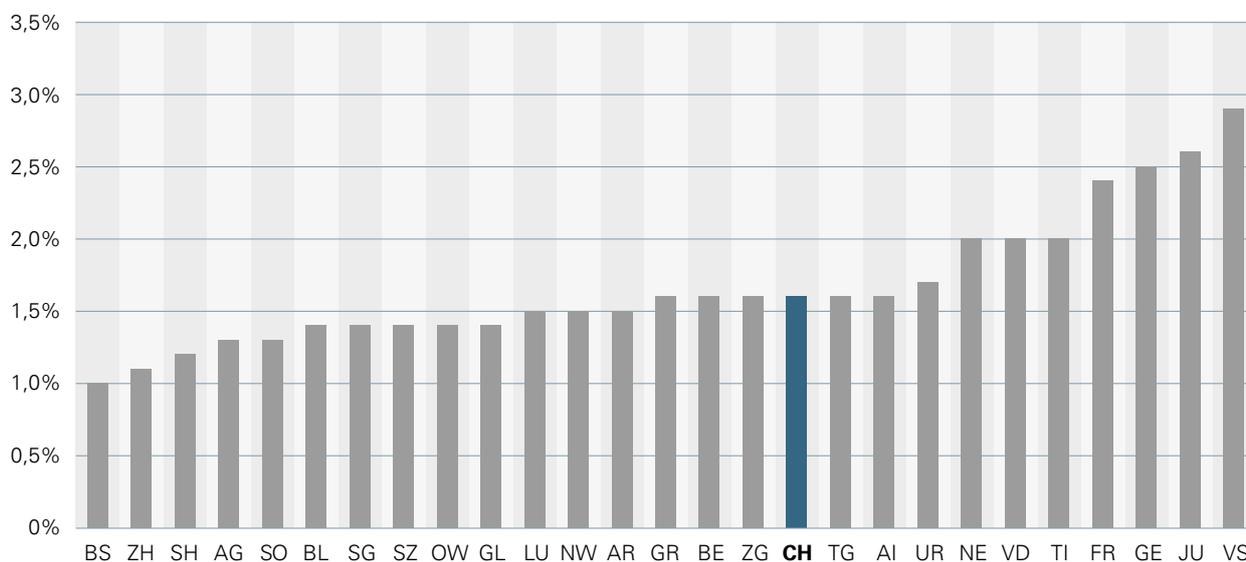
Bénéficiaires d'allocations familiales, 2017⁴

	Salariés	Indépendants	Personnes sans activité lucrative	Total
Nombre	1'178'300	34'200	26'000	1'238'600
Pourcentage	95,1%	2,8%	2,1%	100,0%

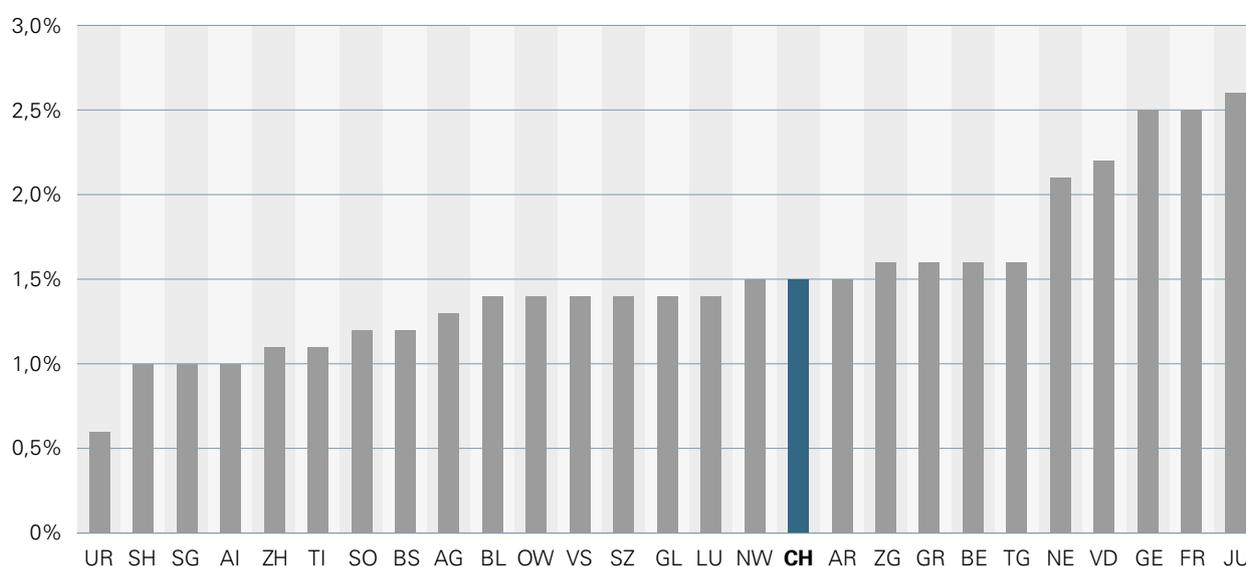
⁴ Le catalogue de données qui sert de base au recensement des allocations familiales versées en vertu de la LAFam a été modifié en 2017. Étant donné que l'analyse adopte désormais une optique annuelle et qu'une même allocation peut être comptabilisée à plusieurs reprises en cas de changement de caisse, ces données peuvent compter plusieurs fois un même bénéficiaire.

AF Allocations familiales

Taux pondérés de cotisation des employeurs, par canton, en 2017



Taux pondérés de cotisation des indépendants, par canton, en 2017



Les taux de cotisation des employeurs¹, pondérés à l'aide de la somme cantonale des revenus soumis à l'AVS1, varient selon les cantons entre 1,04 et 2,91 %. Le taux pondéré moyen pour la Suisse est de 1,61 %.

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 2,65 %. Le taux de cotisation pondéré moyen pour la Suisse se situe à 1,51 %.

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 alloca-

tions 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, 2018, en millions de francs

Postes du compte	Dépenses	Recettes	Variation 2016/2017
Cotisations des employeurs		21	+7%
Contributions des pouvoirs publics			
– Confédération 2/3		55 ¹	-12%
– Cantons 1/3		25	-13%
Prestations en espèce	109		-9%
Frais d'administration	2		-5%
Total	101	101	-9%

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 2014 à 2018, ensemble des bénéficiaires

Année	Nombre de bénéficiaires		Coût (en mio de fr.)	
	Agriculteurs ¹	Salariés	Total	Confédération
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
2018	13'022	8'261	101	55

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 2014 à 2018, 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 ²	Coût en millions de francs
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
2018	6'887	15'570	36	5'934	14'249	33

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

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

Allocations familiales selon la LFA, de 2014 à 2018, 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	
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
2018	8'261	6'091	7'668	10'933	5'113	28

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

Réformes et perspectives

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

Le 19 mars 2019, le Conseil national a adopté à l'unanimité le projet de révision partielle de la loi sur les allocations familiales (LAFam) présenté par le Conseil fédéral. 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 quatorze 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 débiter en même temps que la formation ». Selon le projet, des allocations de formation devraient être octroyées dès le moment où un 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. Le Conseil des États devrait se prononcer sur le projet au second semestre de 2019.

Interventions parlementaires

Loi-cadre, la LAFam règle les éléments 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 réglementer 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 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. La motion Baumann (17.3860) « Allocations familiales. Pour une répartition des charges équitable » propose d'obliger les cantons, dans le cadre de cette loi, à introduire une compensation intégrale des charges. Cette motion a été adoptée par le Conseil des États le 15 mars 2018 et par le Conseil national le 19 septembre 2018. Le Conseil fédéral élabore actuellement le projet de loi, qu'il prévoit de mettre en consultation vers la fin de 2019.

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 BE, LU, UR, SZ, OW, NW, ZG, SO, BL, SH, GE et JU ; TI à partir de 2020.

3 FR, SG, GR, VD et VS ; BS à partir de 2020.

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 9e révision de l'AVS (1979) a posé à l'art. 101^{bis} LAVS la base légale 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 subvention. Sur les moyens alloués, qui atteignaient 71,2 millions de francs en 2018, 12,1 millions sont allés à 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 de l'aide à la vieillesse. Ces tâches ne sont pas quantifiables séparément et font pour certaines l'objet d'un forfait. Plus de 59,1 millions de francs ont servi à des prestations quantifiables telles que conseil, assistance, occupation et cours pour personnes âgées donnés sur place, mais aussi à 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, du règlement du 31 octobre 1947 sur l'assurance-vieillesse et survivants (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 2018, les organisations en question ont fourni des prestations à hauteur de 19 millions de francs. Le montant est calculé conformément aux dispositions de l'art. 108^{quater} du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité.

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 de 2015 à 2018. Ces organisations ont conclu à leur tour quelque 560 sous-contrats avec des organisations cantonales ou régionales de l'aide privée aux personnes handicapées. En 2018, les subventions de l'AI/AVS s'élevaient en tout à 151,6 millions de francs, dont 19 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 paragraphe « Organisations de l'aide privée aux personnes âgées »). Ces subventions sont versées directement par le Fonds de compensation de l'AI et ne figurent donc pas séparément dans le budget de la Confédération. L'Office fédéral des assurances sociales optimise les subventions dans le cadre des contrôles réguliers effectués sur les contrats en cours ainsi que pour les nouvelles périodes contractuelles eu égard aux nouvelles dispositions contractuelles.

Dépenses selon le compte d'exploitation 2018 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 2018 de l'AVS, en francs	12'070'554,00	59'138'770,00	71'209'324,00
LPrestations de l'aide privée aux personnes handicapées à la charge de l'AVS, en francs (imputation conformément à l'art. 222, al. 3, RAVS)			19'296'067,00

Cours d'organisations de l'aide privée aux personnes handicapées, 2017

	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	1'715	21'974	112'156		5'246	
Cours d'un semestre/d'une année	6'791	74'862		1'465'189		795'550
Tageskurse Cours d'un jour	3'290	57'589	53'921			

¹ Avec hébergement

Conseil et accompagnement par des organisations de l'aide privée aux personnes handicapées, 2017

Prestation	Nombre de personnes LAI	Nombre d'heures LAI	Nombre de personnes LAVS	Nombre d'heures LAVS
Conseil social et aide aux personnes handicapées	67'246	656'728	18'339	97'414
Conseils aux proches et aux personnes de référence	12'153	27'256	1'448	3'089
Conseil en matière de construction	627	8'438	173	2'379
Conseil juridique	4'717	28'273	120	700
Aide aux personnes handicapées dans les lieux d'accueil ¹	94'311	55'149		
Mise en relation avec des services spécialisés dans le conseil et l'interprétariat	13'405	68'219	971	6'316
Accompagnement à domicile	1'838	129'933	23	1'418

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

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.

Evolution et mesures touchant l'ensemble du système

Recours contre le tiers responsable

Produit des actions récursoires, de 2013 à 2018, par assurance, en millions de francs

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Assureurs-accidents	300,3	266,6	220	281,4	*	*
dont Suva	187,7	180,8	138	194	171,5	173,2
AVS/AI	76,2	69,6	62,8	69,9	59,1	48,1

* 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, comme l'indique la statistique de l'assurance-accidents LAA 2018, les assureurs ont octroyé 3937 nouvelles rentes d'invalidité. En 2016, ce nombre n'était plus que de 1882 (statistique de l'assurance-accidents LAA 2018, p. 36). Le nombre de nouvelles rentes d'invalidité octroyées par année a donc diminué de 2055 unités, soit de plus de 50 %, en douze ans. Depuis 2011, il oscille entre 1850 et 2000.

Dans l'AI, comme dans l'assurance-accidents au sens de la LAA, le nombre de nouvelles rentes d'invalidité octroyées par année à la suite d'un accident a fortement diminué. En 2007, il s'élevait encore à 1330 et, en 2017, il n'était plus que de 823 (statistique de l'AI 2017, 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 octroyées 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.

Relations internationales

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

	2018	Variation 2017/2018
Montant total des rentes AVS/AI¹	5'144	2,4%
Rentes AVS ²	4'707	2,7%
Rentes AI ³	382	-1,8%
Indemnités forfaitaires uniques	41	23,1%
Transferts de cotisations	14	-0,3%

1 Source : Annuaire statistique 2018, pp. 46 s., CdC

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

3 AI : rentes principales et rentes pour enfant

Le tableau ci-dessus montre que les prestations AVS et AI versées à l'étranger à des ressortissants d'États avec lesquels la Suisse a conclu des conventions atteignent 5,1 milliards de francs. Ce montant correspond à 10,9 % des rentes ordinaires AVS et AI. Nombre de conventions prévoient la possibilité de remplacer le versement de rentes minimales par une

indemnité forfaitaire unique ; cela concerne presque exclusivement des prestations de l'AVS.

En outre, certaines conventions permettent de verser les cotisations AVS (d'employeur et de salarié) des ressortissants étrangers à l'assurance de leur pays d'origine, afin que celle-ci les prenne en compte.

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	792'925	1,4%
dont ressortissants de l'UE-28 ou de l'AELE	761'481	1,4%
dont de nationalité italienne (la majeure partie)	297'748	0,6%
Nombre d'ayants droit à des prestations de l'AI³	33'354	-2,8%
dont ressortissants de l'UE-28 ou de l'AELE	29'452	-2,5%
dont de nationalité portugaise (la majeure partie)	7'421	-0,6%

1 Source : Annuaire statistique 2018, p. 39, CdC

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

3 Rentes principales AI

Près de 793 000 ressortissants d'États contractants ont touché des prestations AVS à l'étranger ; environ 33 000 ont été 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

ont été 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

	2018	Variation 2017/2018
Prestations AVS/AI versées à des ressortissants suisses à l'étranger		
Montant total, en millions de francs	1'927	3,9%
AVS/AI : Personnes à l'étranger assurées facultativement		
Nombre d'assurés	13'075	-3,3%
Remboursement de cotisations à des ressortissants d'Etats non contractants		
Nombre de cas	2'009	-6,6%
Montant total, en millions de francs	42	-7,3%

¹ Source : Annuaire statistique 2018, pp. 33, 40 et 51, 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, les ressortissants étrangers 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 (ALCP) conclu avec l'Union européenne 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 2018, ces coûts ont atteint 183 millions de francs (+3,3 % par rapport à 2017 ; les chiffres entre parenthèses indiquent toujours la variation par rapport à l'année précédente), pour un total de 211 924 cas (+0,3 %). 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 251 779 cas (+6,6 %), pour un montant total de 145 millions de francs (+15,7 %).

Conventions bilatérales

Brexit : L'UE a exigé du Royaume-Uni que le Brexit ait lieu avant le 31 octobre 2019. En vertu de l'accord de sortie de l'UE, que les parlementaires britanniques doivent encore approuver, une phase transitoire est ensuite prévue jusqu'à fin 2020. Durant cette phase, les dispositions de l'ALCP conclues entre la Suisse et l'UE devraient continuer 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 »). C'est la raison pour laquelle les deux États ont négocié un accord concernant les droits de leurs citoyens, qui protège aussi les droits acquis dans le domaine de la sécurité sociale. Cet accord a été approuvé par le Conseil fédéral le 19 décembre 2018 et entrera en vigueur lorsque les relations entre la Suisse et le Royaume-Uni cesseront d'être régies par l'ALCP. Si l'UE et le Royaume-Uni ne parviennent pas à un accord et si le Royaume-Uni quitte l'UE de manière non règlementée, les droits acquis dans le domaine de la sécurité sociale resteront tout de même protégés par l'ALCP. Dans un tel scénario, il est prévu que l'accord négocié entre la Suisse et le Royaume-Uni concernant les droits des citoyens suisses et britanniques s'applique par analogie.

La coordination future des assurances sociales entre la Suisse et le Royaume-Uni reste très floue. Lorsque l'ALCP ne sera plus applicable, la convention de sécurité sociale de 1968, qu'il avait suspendue, s'appliquera de nouveau. Cette ancienne convention ne constitue pas un substitut équivalent et régit uniquement l'assurance de rentes, mais elle permet au moins de définir les compétences en matière de cotisations et de prestations et de garantir l'exportation des rentes.

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 : La convention a été signée en mars 2019. Le message à ce sujet devrait être soumis au Parlement au deuxième semestre 2019.

Kosovo : La nouvelle convention a été signée en juin 2018 et est actuellement soumise au Parlement pour approbation.

Serbie/Monténégro : Les conventions conclues avec ces deux États sont entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2019.

Bosnie-Herzégovine : La convention a été signée en octobre 2018. Le projet devrait être soumis à l'approbation du Parlement courant 2019.

Albanie : Les négociations en vue de la conclusion d'une nouvelle convention de sécurité sociale avec l'Albanie se sont achevées. Cette convention devrait être signée en 2019.

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 soutiennent 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 2018, 39 projets de recherche et d'évaluation sur l'AVS, la PP, l'AI et les questions de la famille et de la jeunesse ont pu être comptabilisés, auxquels s'ajoute le Programme national de prévention et de lutte contre la pauvreté.

Sélection de projets de recherche et d'évaluation de l'OFAS ayant fait l'objet d'une publication en 2018

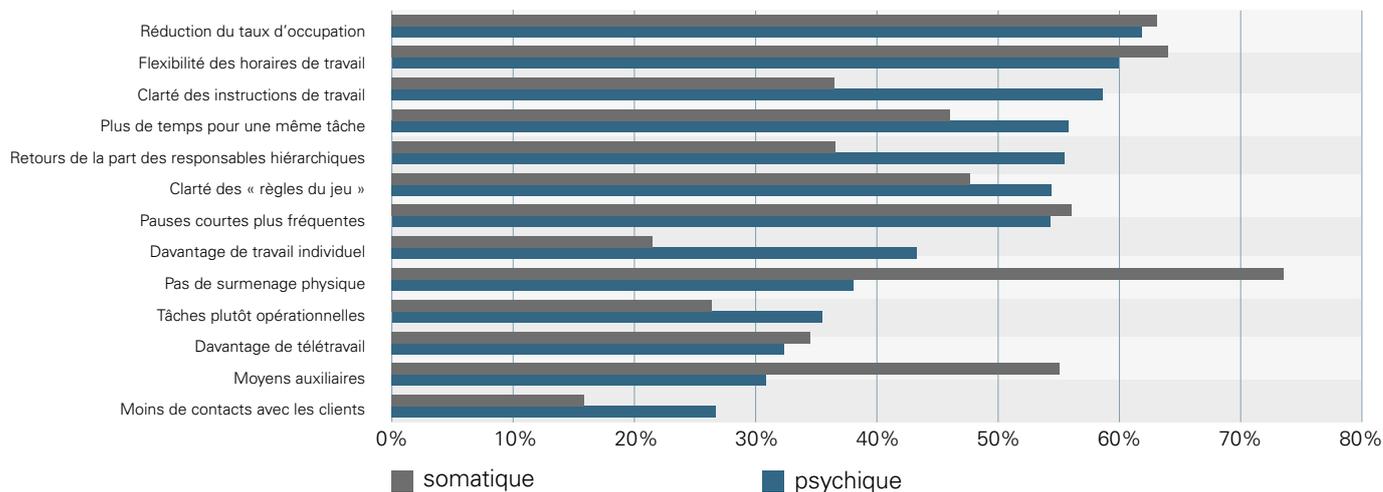
L'assurance-invalidité a pour but de soutenir et d'accompagner dans leur réadaptation les personnes qui, pour des raisons de santé, ne peuvent pas exercer d'activité lucrative, ou seulement dans une mesure limitée. Avec les révisions successives de l'AI adoptées depuis 2008, ces personnes peuvent bénéficier d'une série de mesures (par ex. orientation professionnelle, placement, stages, entraînement au travail, coaching). Dans le cadre du programme de recherche sur l'assurance-invalidité (PR-AI), plusieurs projets ont étudié la mise en œuvre des mesures de réadaptation, en mettant l'accent sur les révisions de l'AI ainsi que sur le rôle des différents acteurs du processus de réadaptation, à savoir les offices AI, les médecins et les employeurs. Les assurés, quant à eux, avaient certes pu donner leur avis sur certains thèmes comme la qualité de l'appareillage auditif, les organisations d'aide aux personnes handicapées ou la contribution d'assistance, mais jamais ils n'avaient été interrogés d'une manière globale au sujet des mesures de réadaptation en tant que telles.

L'étude « **Beruflich-soziale Eingliederung aus Perspektive von IV-Versicherten. Erfolgsfaktoren, Verlauf und Zufriedenheit** » (« L'intégration sociale et professionnelle du point de vue des assurés AI. Facteurs de succès, déroulement et satisfaction ») comble cette lacune. Dans toute la Suisse, 916 personnes atteintes de troubles musculosquelettiques ou psychiques et ayant bénéficié de mesures de réadaptation ont participé à l'enquête écrite, qui portait sur leur situation personnelle et professionnelle, le déroulement de la réadaptation et les effets ressentis en termes d'intégration sociale et professionnelle. Des entretiens ouverts menés avec une vingtaine de ces personnes ont complété la démarche.

Les assurés dont la réadaptation a réussi ont jugé deux fois plus souvent les mesures adaptées à leur cas que les assurés dont la réadaptation a échoué. Les mesures qui traitent spécifiquement l'atteinte à la santé en tenant compte de la situation individuelle de l'assuré ont une grande influence sur la confiance en soi, sur l'attitude face au travail et, partant, sur le succès de la réadaptation. La personne de référence de l'office AI joue aussi un rôle majeur dans ce succès par sa compréhension et son appréciation de la situation de vie de l'assuré, par la prise en compte du parcours professionnel, des limitations fonctionnelles et de la personnalité de ce dernier, et par ses conseils et son engagement auprès de lui, sans formalités inutiles. Sa connaissance des adaptations et des interventions concrètes qui permettront de mieux compenser les limitations fonctionnelles en cas d'affection psychique n'est pas non plus sans importance.

Le graphique ci-après montre quels sont les éléments qui aident concrètement les personnes atteintes d'affections somatiques ou psychiques à reprendre pied dans le quotidien professionnel. Les pourcentages indiquent la part de personnes interrogées qui jugent une mesure (éventuelle) utile.

Adaptations utiles sur le lieu de travail selon le type d'atteinte à la santé (N = 356)



Source : Baer, Niklas ; Frick, Ulrich ; Besse, Christine ; Cuonz, Neisa & Matt, Michael (2018) : Beruflich-soziale Eingliederung aus Perspektive von IV-Versicherten. Erfolgsfaktoren, Verlauf und Zufriedenheit. Office fédéral des assurances sociales (OFAS). Berne, p. 103.

La majorité des assurés interrogés avaient eu de la peine à se résoudre à demander à l'AI des mesures de réadaptation, et un certain nombre d'entre eux éprouvaient à cet égard un sentiment d'échec. Déposer une demande auprès de l'AI s'accompagne d'espoir, mais aussi de craintes, ce qui rend d'autant plus important le caractère personnel et ininterrompu de la relation avec la personne de référence de l'AI. Au lieu d'échanges distants et par courrier suivant des procédures schématiques, un contact oral direct dès que possible et un accompagnement personnel suscitent une relation de confiance et favorisent grandement la réadaptation. Le processus de réadaptation nécessite également qu'on lui consacre suffisamment de temps. Une collaboration étroite, coordonnée et aussi consensuelle que possible avec le personnel soignant et tous les autres acteurs impliqués (outre la personne de référence de l'office AI), de l'anamnèse au placement en passant par les mesures de réadaptation, représente également un facteur de succès. L'absence de collaboration avec les médecins traitants, les thérapeutes et les employeurs ainsi que d'une compréhension et

d'un intérêt mutuel risque de compromettre la réadaptation. Il faut donc poursuivre et intensifier les efforts allant dans le sens d'une sensibilisation et d'une bonne coopération avec l'AI.

L'enquête menée auprès des assurés montre que le succès des mesures de réadaptation de l'AI ne réside pas seulement dans la réinsertion professionnelle, mais que l'intégration sociale doit déjà être perçue comme telle.

Evolution et mesures touchant l'ensemble du système

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.

Les commissions fédérales dont les activités principales concernent le domaine couvert par le présent rapport sont mentionnées 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'attention du Conseil fédéral sur des questions liées à l'application et le développement de l'assurance-vieillesse et survivants et de l'assurance-invalidité. Elle s'est réunie trois fois en 2018. Les discussions ont notamment porté sur les conséquences du re-

jet de la réforme Prévoyance vieillesse 2020 pour les Fonds de compensation AVS/AI/APG (compenswiss), l'adaptation des rentes AVS/AI à l'évolution des prix et des salaires, la modernisation de la surveillance dans le 1er pilier, l'optimisation de la prévoyance vieillesse, survivants et invalidité dans le 2^e pilier, l'impact de l'économie numérique sur l'AVS et les nouvelles perspectives financières pour la période de 2019 à 2035. 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 à deux reprises en 2018. Il y 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 2018.

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.

En 2018, elle a siégé à deux reprises. Le groupe de travail sur le taux d'intérêt minimal, créé en 2017, s'est également réuni deux fois et a présenté à la commission son rapport sur les résultats lors de la séance du 15 mai 2018. La commission a été consultée au sujet de la révision de l'ordonnance sur les fondations de placement, des dispositions relatives à la modernisation de la surveillance, de la révision du droit des successions et des dispositions relatives à la LPP dans le projet AVS 21. Lors de la séance d'automne, elle a voté sur le niveau du taux d'intérêt minimal. Les discussions ont porté en outre sur le régime de solvabilité et de placement. Doris Bianchi a quitté la commission au cours de

l'année. Pour la remplacer jusqu'à la fin de la législature 2016-2019, le Conseil fédéral a nommé Gabriela Medici.

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

La CFEJ est une commission extraparlamentaire permanente. Instituée par le Conseil fédéral, elle compte 20 spécialistes du domaine de l'enfance et de la jeunesse qui couvrent un large éventail de sujets. Elle a pour mission d'observer la situation de la jeune génération en Suisse, de suivre les évolutions et, au besoin, de proposer des mesures. Elle prend régulièrement position sur des révisions de loi concernant la politique de l'enfance et de la jeunesse, considérant les effets qu'elles auront sur les enfants et les jeunes. Elle a également pour but de sensibiliser l'opinion publique aux attentes et aux besoins des enfants et des jeunes. Ses rapports, ses prises de position, la documentation relative à ses séances et les informations sur ses membres sont disponibles sur le site www.cfej.admin.ch.

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 en la matière entre l'administration et les organisations privées, ainsi qu'entre les diverses institutions actives sur le plan de la politique familiale. Elle répertorie et évalue les travaux de recherche, et met en évidence les lacunes en la matière. Sur la base des résultats obtenus, elle donne des orientations pour la politique familiale et suggère des mesures de mise en œuvre. Elle favorise les idées innovantes, recommande des mesures de politique familiale et donne des avis sur les projets de politique familiale.

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 imputables des organes d'exécution. Elle seconde 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. Elle comprend sept représentants des employeurs, sept des travailleurs ainsi que deux de la Confédération, quatre des cantons et un des milieux scientifiques. Le Conseil fédéral nomme les membres et désigne le président. La commission a tenu six séances plénières en 2018.

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 trois fois en 2018. Ses activités ont consisté principalement à traiter des demandes relatives à de nouvelles prestations, à des

Evolution et mesures touchant l'ensemble du système

prestations existantes ainsi qu'à des prestations controversées ou faisant l'objet, jusqu'à leur évaluation, d'une prise en charge provisoire en vertu de l'OPAS et de son annexe 1. Les résultats des débats à caractère de recommandation sont transmis deux fois par an au DFI.

Commission fédérale des analyses, moyens et appareils (CFAMA)

La CFAMA n'a pas siégé au complet en 2018. La sous-commission des moyens et appareils a tenu trois séances. La sous-commission des analyses en a tenu deux.

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 litige sur l'interprétation de normes. Elle a certes des effets directs uniquement sur le cas particulier qu'elle concerne. Mais elle acquiert une portée nettement plus grande 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

La « nouvelle » méthode mixte, une année après

Le 1^{er} janvier 2018 est entré en vigueur le nouvel article 27^{bis} RAI. Le Conseil fédéral a ainsi mis en œuvre la jurisprudence sur le plan législatif et revu la méthode de calcul du taux d'invalidité basée sur les art. 28a, al. 3, LAI et 16 LPGA, applicable aux assurés travaillant à temps partiel (appelée « méthode mixte »). Le calcul du taux d'invalidité dans la sphère professionnelle sur la base du salaire effectif de l'activité à temps partiel lors du calcul de la perte de gain a été remplacé par une détermination du taux d'invalidité fondée sur l'hypothèse d'une activité lucrative exercée à plein temps.

Pour rappel, cette modification législative fait suite à un arrêt de la CourEDH (arrêt Di Trizio contre Suisse du 2 février 2016, requête n° 7186/09 ; exé-

cution de l'arrêt Di Trizio par l'ATF 143 I 50), dans lequel celle-ci considérait comme discriminatoire la méthode de calcul dite « mixte ». Comparée aux autres méthodes de calcul, son application s'avérait en effet défavorable aux assurés, en large majorité des femmes, résultant en une discrimination indirecte envers ces dernières.

Si le Tribunal fédéral ne s'est pas encore prononcé matériellement sur la modification du règlement, plusieurs arrêts sortis en 2018 ont permis de constater que la précision apportée par le Conseil fédéral dans le règlement a eu des retombées positives : le Tribunal fédéral a précisé l'application intertemporelle de la nouvelle réglementation, à savoir que celle-ci ne s'applique pas pour les décisions antérieures au 1^{er} janvier 2019 (arrêts 8C_21/2018 du 25.6.2018, consid. 3, 8C_100/2018 du 22.8.2018, consid. 4.4 ou 9C_583/2018 du 3.12.2019, consid. 4.3), ni d'ailleurs en instance de recours (cf. arrêt 9C_881/2018 du 6.3.2019).

Comme le précise le Tribunal fédéral dans ce dernier arrêt, les nouvelles dispositions ne s'appliquent que pour les cas où la décision administrative litigieuse a été rendue après le 1^{er} janvier 2018. En effet, il n'y pas lieu de s'écarter du principe selon lequel le juge des assurances sociales applique les règles en vigueur au moment de la date déterminante de la décision administrative litigieuse.

Au demeurant, la Haute Cour a également fait références aux dispositions transitoires et ainsi précisé que, si la rente était refusée avant l'entrée en

vigueur de la modification en raison d'un taux d'invalidité insuffisant, il appartenait à l'assuré de déposer une nouvelle demande, qui serait examinée selon les nouvelles règles (arrêt 9C_823/2017 du 18.9.2018, consid. 4.4).

À ce jour, la Haute Cour s'est uniquement penchée sur l'application temporelle de la nouvelle réglementation concernant la méthode mixte, et c'est donc avec intérêt qu'on suivra l'évolution de la jurisprudence sur ce thème.

Assurance-maladie

Même si le canton a pris en charge une part de 85 % selon l'art. 64a, al. 3 et 4, LAMal, la condition du paiement « intégral » de toutes les créances arriérées posée à l'art. 64a, al. 6, LAMal se rapporte au montant total de la créance constatée dans un acte de défaut de biens.

ATF 144 V 380

Selon l'art. 64a, al. 6, 1^{re} phrase, LAMal et en dérogation à l'art. 7 LAMal, la personne en retard de paiement ne peut pas changer d'assureur tant qu'elle n'a pas payé intégralement les primes et les participations aux coûts arriérées ainsi que les intérêts moratoires et les frais de poursuite. Or, dans sa teneur, la disposition ne règle pas directement la question de savoir si, par l'expression « intégralement », il faut comprendre aussi la part de 85 % prise en charge par le canton sur la créance constatée dans l'acte de défaut de biens. Il ressort cependant du rapport de la commission que, même si le canton a pris en charge 85 % de la créance établie par un acte de défaut de biens ou un titre équivalent, l'assureur reste le seul créancier de l'assuré. L'art. 64a LAMal ne prévoit donc aucun transfert des droits de l'assureur au canton à concurrence du montant pris en charge. Selon la volonté claire du législateur, l'assureur reste au contraire seul légitimé à obtenir le règlement de la créance impayée, que ce soit par la voie de la poursuite pour dettes au sens de la LP ou d'un arrangement de paiement.

C'est ainsi que selon l'art. 64a, al. 5, LAMal, l'assureur est tenu de conserver les actes de défaut de biens et les actes équivalents pour pouvoir faire valoir les créances qui y sont constatées, au-delà et indépendamment de la part prise en charge par le canton, jusqu'au paiement intégral des créances arriérées. Pour inciter l'assureur à recouvrer (intégralement) le montant correspondant, l'art. 64a LAMal prévoit expressément qu'il peut conserver la moitié du montant obtenu. Cette règle a pour but que l'assureur-maladie puisse récupérer auprès de l'assuré à moyen terme l'intégralité des arriérés constatés par l'acte de défaut de biens, et pas seulement la part de 15 % restée non couverte par la prise en charge du canton. Il s'ensuit que, même si le canton a pris en charge 85 % de la créance, l'assuré reste débiteur du montant entier vis-à-vis de l'assureur-maladie. Le Tribunal fédéral en arrive alors à la conclusion que la condition du paiement « intégral » de tous les arriérés, posée à l'art. 64a, al. 6, LAMal, se rapporte au montant total de la créance constatée dans l'acte de défaut de biens même si, en application de l'art. 64a, al. 3 et 4, LAMal, le canton en a pris en charge le 85 %. Au vu de ce qui précède, c'est à bon droit que, dans sa lettre du 2 février 2015, l'intimée a renvoyé au montant total constaté dans l'acte de défaut de biens comprenant les primes arriérées, les frais de sommation, les intérêts et les frais de poursuite (1521 fr. 70) et qu'elle a fait dépendre un éventuel changement d'assureur du paiement intégral de ce montant total par le recourant.

Admissibilité de subsides du droit des assurances privées versés par une société mère (holding) à ses filiales LAMal pour la constitution de réserves dans le domaine de l'assurance-maladie sociale

ATF 144 V 388

Les assureurs-maladie ne peuvent établir leurs propres règles que dans les domaines dans lesquels la LAMal leur en donne expressément la compé-

Evolution et mesures touchant l'ensemble du système

tence. Ce principe s'applique aussi en ce qui concerne le financement de l'assurance-maladie sociale (consid. 4). Le législateur a réglé limitativement leurs sources de financement (d'une part, primes des assurés ainsi que leurs participations aux coûts et, d'autre part, contributions des pouvoirs publics). Ni l'ancien art. 60 LAMal (système financier et présentation des comptes), ni l'ancien art. 106a LAMal (contributions des assureurs et de la Confédération pour la correction des primes), ni encore la LSAMal entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2016 ne permettent de conclure à l'admissibilité d'autres possibilités de financement, par exemple sous la forme d'afflux de moyens provenant du domaine des assurances complémentaires LCA (consid. 5 à 7). D'autres prescriptions, relevant du droit des sociétés ou du droit des groupes de sociétés, ne peuvent rien y changer (consid. 5.6).

Selon les conditions particulières d'assurance déterminantes en l'espèce, l'assureur ne doit rembourser que les médicaments que l'assuré a achetés dans une pharmacie figurant sur la liste des pharmacies reconnues, à moins de la preuve qu'il s'agissait d'un cas d'urgence.

Arrêt du TF 9C_471/2018 du 25 septembre 2018

La caisse-maladie a refusé de prendre en charge les frais de médicaments de 570 fr. 30 (août 2015) et de 268 fr. 20 (décembre 2015), que l'assuré (le recourant) s'était procurés auprès de son médecin de famille. Le recourant a choisi auprès de sa caisse-maladie le modèle d'assurance PharMed régi par les conditions particulières d'assurance (CPA). En vertu de celles-ci, l'assureur ne doit rembourser que les médicaments et autres préparations pharmaceutiques que l'assuré a achetés dans une pharmacie figurant sur la liste des pharmacies reconnues, à moins de la preuve qu'il s'agissait d'un cas d'urgence. Le recourant n'a toutefois pas pu prouver qu'il y avait cas d'urgence. C'est pourquoi le Tribunal fédéral a rejeté le recours.

La personne concernée a son domicile en Suisse et n'y séjourne pas « dans le seul but » de suivre un traitement médical.

Arrêt du TF 9C_546/2017 du 30 avril 2018

Un ressortissant chinois a été frappé d'une grave maladie au début 2015. Le 8 juillet 2016, il est venu en Suisse avec son épouse pour rendre visite pendant trois mois à sa fille et à la famille de cette dernière. Peu après, des traitements chimiothérapeutiques ont débuté. Il a demandé son admission dans l'AOS. La caisse-maladie a rendu une décision refusant la demande d'adhésion, car le Chinois n'a pas justifié d'un domicile en Suisse. S'il fallait néanmoins admettre l'existence d'un tel domicile, force serait alors de considérer que le Chinois séjourne en Suisse uniquement pour suivre le traitement médical. De manière brièvement résumée, le Tribunal fédéral retient ce qui suit à ce sujet: vu les considérants circonstanciés du tribunal cantonal, l'intention de l'intimé de rester durablement en Suisse et de fonder un domicile avec son épouse chez sa fille avait au contraire pris forme au plus tard en septembre 2016, à la suite des examens et traitements médicaux effectués ici et du pronostic défavorable formulé en conséquence par les médecins en ce qui concerne l'évolution de la maladie et la durée de vie. Le but du séjour en Suisse était et est certes encore aussi le traitement médical. Toutefois, en plus, comme le montre de manière convaincante le jugement attaqué, il y avait aussi d'autres motifs, d'ordre familial, pouvant fonder et rendant plausible la prise de domicile en Suisse. L'exclusivité exigée à l'art. 2, al. 1, let. b, OAMal et justifiant une exclusion exceptionnelle de l'AOS – la personne concernée séjourne ici « dans le seul but » de suivre un traitement médical – ne doit dès lors pas être retenue.

Selon l'art. 2, al. 1, let. e et f, OAMal, les personnes domiciliées en Suisse, qui perçoivent une rente de l'étranger sont exceptées de l'obligation (et de la possibilité) de s'assurer en Suisse.

ATF 144 V 127

Les époux A et B, de nationalité allemande, ont transféré leur domicile en Suisse en automne 2015. Depuis le 1^{er} janvier 2016, B touche une rente de vieillesse provenant d'Allemagne. Sur le formulaire d'adhésion rempli par B, la caisse-maladie a tout d'abord confirmé la conclusion de l'assurance à compter du 1^{er} janvier 2016 pour l'AOS. En avril 2016 cependant, elle a communiqué à B qu'en raison de la perception d'une rente étrangère (et de la non-perception d'une rente ou d'un autre revenu en Suisse pour A), lui et son épouse étaient tenus de s'assurer contre la maladie non pas en Suisse, mais en Allemagne. Les contrats d'assurance seraient dès lors annulés rétroactivement au 1^{er} janvier 2016 par décision et décision sur opposition. Le Tribunal fédéral retient que, en vertu de l'art. 2, al. 1, let. c à f, OAMAL, toute personne domiciliée en Suisse mais soumise, sur la base du droit de coordination européen, à l'obligation de s'assurer dans autre État membre est automatiquement exceptée de l'obligation de s'assurer en Suisse. Cette règle s'applique expressément aussi aux bénéficiaires d'une rente étrangère et aux membres de leur famille (let. e et f). Que la protection de l'assurance-maladie à l'étranger soit de nature légale ou privée n'y change rien. Au cas où l'épouse n'aurait pas un propre droit à des prestations allemandes sous forme de rente, elle ne serait néanmoins pas, en tant que membre de la famille d'un rentier simple allemand, soumise à l'assurance obligatoire en Suisse (art. 2, al. 1, let. f, OAMal). Comme mentionné expressément dans cette disposition, cette réglementation s'applique tant en présence d'un droit à l'entraide en matière de prestations (existence d'une assurance-maladie légale en Allemagne) qu'en présence

d'une protection d'assurance équivalente pour des traitements en Suisse (assurance-maladie privée). Dans quelques cas spéciaux mentionnés exhaustivement, il existe ensuite la possibilité d'une adhésion facultative à l'assurance de soins (art. 3 [frontaliers], art 4, al. 3 [travailleurs détachés], et art. 6 OAMal [personnes jouissant de privilèges en vertu du droit international]). Les personnes domiciliées en Suisse qui reçoivent une rente étrangère ne font pas partie de ces cas, mais sont au contraire exceptées précisément de l'obligation (et de la possibilité) de s'assurer, en vertu de l'art. 2, al. 1, let. e et f, OAMal.

Exonération de l'obligation de s'assurer, art. 2, al. 8, OAMal et autres

Arrêt du TF 9C_875/2017 du 20 février 2018

Au vu du caractère restrictif des exigences légales au sujet de l'obligation de s'assurer, il n'y a en règle générale pas de nette dégradation de la protection d'assurance ou de la couverture des frais au sens de l'art. 2, al. 8, OAMal lorsque l'assurance existante ne couvre pas les frais de soins de sorte que les prestations visées aux art. 25, al. 2, let a, et 25a LAMal et 7 OPAS soient aussi (au moins à peu près) garanties (arrêt 9C_447/2017 du 20 septembre 2017). L'instance précédente a considéré la couverture limitée pour les frais de soins comme un grave défaut et, pour ce motif, nié une nette dégradation de la protection d'assurance. Cette opinion concorde avec la jurisprudence confirmée du Tribunal fédéral sur l'art. 2, al. 8, OAMal, qui a aussi concerné des personnes assurées de manière privée à l'étranger (voir arrêts 9C_510/2011, 9C_447/2017, 9C_8/2017 et 9C_858/2016).

Evolution et mesures touchant l'ensemble du système

Allocations familiales

Revenu déterminant pour le droit des personnes mariées sans activité lucrative aux allocations familiales

Arrêt du TF 8C_729/2017 du 26 mars 2018

En vertu de l'art. 19, al. 2, de la loi fédérale sur les allocations familiales (LAFam), le droit des personnes sans activité lucrative aux allocations familiales n'est en particulier accordé que si le revenu imposable est égal ou inférieur à une fois et demie le montant d'une rente de vieillesse complète maximale de l'AVS. Aux termes de l'art. 17 de l'ordonnance sur les allocations familiales (OAFam), c'est le revenu imposable selon la loi fédérale sur l'impôt fédéral direct (LIFD) qui est déterminant pour le calcul du revenu des personnes sans activité lucrative. En raison de l'imposition commune des époux (art. 9 LIFD), la caisse de compensation pour allocations familiales s'est basée, en l'espèce, pour une personne mariée sans activité lucrative, sur le revenu imposable entier du couple si bien que la limite de revenu a été dépassée. Le tribunal cantonal des assurances a par contre jugé que le revenu imposable devait être partagé en deux. Il a motivé son injonction en considérant qu'en ce qui concerne le revenu des couples mariés, il y avait une lacune improprement dite, d'ordre politique et juridique dans la loi. Par arrêt 8C_729/2017 du 26 mars 2018, le Tribunal fédéral a annulé l'arrêt cantonal. Dans ses considérants, il expose en détail pourquoi il est tout à fait justifié de se baser sur le revenu imposable entier du couple marié, y compris pour examiner le droit des personnes mariées sans activité lucrative aux allocations familiales.



Abréviations

AA	Assurance-accidents
AC	Assurance-chômage
AF	Allocations familiales
AI	Assurance-invalidité
ALCP	Accord du 21 juin 1999 entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses États membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes (<i>RS 0.142.112.681</i>)
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 (<i>RS 832.20</i>)
LACI	Loi fédérale du 25 juin 1982 sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité (<i>RS 837.0</i>)
LAFam	Loi fédérale du 24 mars 2006 sur les allocations familiales (<i>RS 836.2</i>)
LAI	Loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (<i>RS 831.20</i>)
LAMal	Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (<i>RS 832.10</i>)

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)
OAMal	Ordonnance du 27 juin 1997 sur l'assurance-maladie (RS 832.102)
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

