

# 19

## Assurances sociales 2019

Rapport annuel selon l'article 76 LPGA



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

# **Assurances sociales 2019**

## **Rapport annuel selon l'article 76 LPGA**

Approuvé par le Conseil fédéral le 26 août 2020

Publié par l'Office fédéral des assurances sociales, 2020  
OFCL, Diffusion publications, CH-3003 Berne,  
[www.bundespublikationen.admin.ch](http://www.bundespublikationen.admin.ch)

Photo couverture : Walter Schurter, Köniz

318.121.19F 650 08.19 860415092

## **Informations complémentaires sur les assurances sociales**

Statistique de poche « Les assurances sociales suisses » 2020

Numéro de commande 318.00120F (français), 318.001.20D (allemand), 318.001.20I (italien), 318.001.20E (anglais)

« Statistique des assurances sociales suisses » 2020 (parution fin 2020)

Numéro de commande 318.122.20F (français), 318.122.20D (allemand)

Statistiques actuelles pour les différentes assurances sociales :

[www.ofas.admin.ch](http://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 2019, rapport annuel du Conseil fédéral

# Table des matières

<b>Avant-propos</b>	3
<b>Survol général, perspectives et principaux développements</b>	4
Résultats 2019 : AVS, AI, PC et APG	4
Raisons de la progression des dépenses de 2008 à 2018	7
Le taux des prestations sociales, indicateur des prestations des assurances sociales	9
Contributions de la Confédération	10
<b>Stratégie en matière de sécurité sociale</b>	11
<b>Survol par branches</b>	23
<b>AVS</b> Assurance-vieillesse et survivants	24
<b>AI</b> Assurance-invalidité	34
<b>PC</b> Prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI	42
<b>PP</b> Prévoyance professionnelle	46
<b>AMal</b> Assurance-maladie	52
<b>AA</b> Assurance-accidents	64
<b>AM</b> Assurance militaire	68
<b>APG</b> Allocations pour perte de gain	72
<b>AC</b> Assurance-chômage	78
<b>AF</b> Allocations familiales	82
<b>Evolution et mesures touchant l'ensemble du système</b>	90
Aides financières à des organisations de l'aide privée aux personnes âgées ou handicapées	90
Recours contre le tiers responsable	92
Relations internationales	93
Recherche	96
Commissions extraparlimentaires fédérales	98
Observations	100
Jurisprudence	102
<b>Abréviations</b>	112



---

## 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 raison de la crise provoquée par le coronavirus, la structure du présent rapport s'écarte un peu de celle de l'an dernier. En matière de politique et de législation, il se concentre sur l'année 2019. Comme les mesures prises pour lutter contre la pandémie auront des retombées qui se feront sentir pendant un ou deux ans au moins, il est difficile d'en évaluer de manière fiable l'impact sur les assurances sociales. De ce fait, le présent rapport ne contient pas de précisions concernant les perspectives financières.
- 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 2018, telles qu'elles se présentaient en avril 2020 (donc parfois encore provisoires).

---

## Survol général, perspectives et principaux développements

### Résultats 2019 : AVS, AI, PC et APG

À l'exception de 2012 et de 2018, l'évolution des cotisations des assurés n'est plus parvenue à compenser l'augmentation des dépenses dans l'AVS depuis 2008. Dans l'AI et dans le régime des APG, les cotisations des assurés sont supérieures aux dépenses depuis 2008 et 2017 respectivement.

**1<sup>er</sup> pilier :** Le 1<sup>er</sup> 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 2,5 % en 2019. L'année précédente, elles étaient en hausse de 1,8 %. L'AVS et l'AI affichent des taux de croissance des dépenses différents. Entre 2013 et 2018, celui de l'AVS est passé de 3,0 % à 1,8 %. Sur la même période, celui de l'AI a varié de -1,1 % à 0,5 %, ce qui signifie que les dépenses de l'AI ont tendance à diminuer légèrement. En 2019, année d'adaptation des rentes, les taux de croissance des dépenses ont nettement augmenté aussi bien dans l'AVS que dans l'AI (2,7 % et 2,4 % respectivement).

**AVS :** L'AVS a connu en 2019 une augmentation des cotisations de 2,5 % (contre 1,8 % en 2018) en raison de l'évolution positive des salaires et du maintien de la croissance de l'emploi. La somme des rentes AVS ordinaires a augmenté de 2,5 % en 2019, année d'adaptation des rentes, et de 1,8 % au cours de l'année précédente. La somme des rentes versées en 2019 a augmenté dans les mêmes proportions que les cotisations. Le résultat de répartition ne s'est ainsi que légèrement détérioré par rapport à 2018 et se révèle négatif pour la sixième année consécutive, affichant -1170 millions de francs. Le résultat d'exploitation s'élevait à 1682 millions de francs.

**AI :** En 2019, après la fin des paiements rétroactifs au titre du relèvement temporaire de la TVA, le résultat de répartition de l'AI s'est éta-

bli à -383 millions de francs. Grâce à un bon produit des placements (407 millions de francs), le résultat d'exploitation a atteint 24 millions de francs. Entre 2012 et 2017, l'AI avait présenté six fois de suite un résultat d'exploitation positif. La somme des 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 5,2 milliards de francs en 2019. Le taux de croissance des dépenses et des recettes, de 3,1 %, s'inscrit à un sommet depuis 2014. Depuis 2012 – à l'exception de 2018 – les PC à l'AVS augmentent davantage que celles à l'AI.

16,7 % de l'ensemble des bénéficiaires de prestations AVS et AI en Suisse ont perçu des PC en 2019. 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 2019, les PC ont amélioré de 8,1 % la somme des rentes AVS ; 12,7 % des bénéficiaires de rente de vieillesse et 9,3 % des personnes au bénéfice d'une rente de survivants ont perçu des PC en Suisse.

**PC à l'AI :** Les dépenses des PC à l'AI ont augmenté de 2,6 % en 2019, soit une forte croissance tout comme en 2018 déjà. Avant 2013, des progressions nettement plus importantes encore avaient régulièrement été enregistrées. La part des PC dans la somme des rentes AI a augmenté, passant à 50,5 %. En 2019, 48,5 % des bénéficiaires de rente AI ont perçu des PC.

**APG :** En 2019, les recettes ont augmenté de 10,1 % et les dépenses de 0,9 %. La hausse des recettes s'explique principalement par la bonne performance

---

des placements dont le produit s'est chiffré à 89 millions de francs, ce qui a abouti à un résultat d'exploitation de 142 millions de francs. Le résultat de répartition, hors produit des placements, était positif en 2019 (54 millions de francs).



# Survol général, perspectives et principaux développements

## Résultats 2009 à 2019 : AVS, AI et PC

Le graphique ci-dessous montre que le 1er pilier affiche des taux de variation constamment plus élevés en 2019, année d'adaptation des rentes. Les dépenses dans le domaine de la prévoyance VSI ont progressé à des taux compris entre 2,4 et 3,4 %.

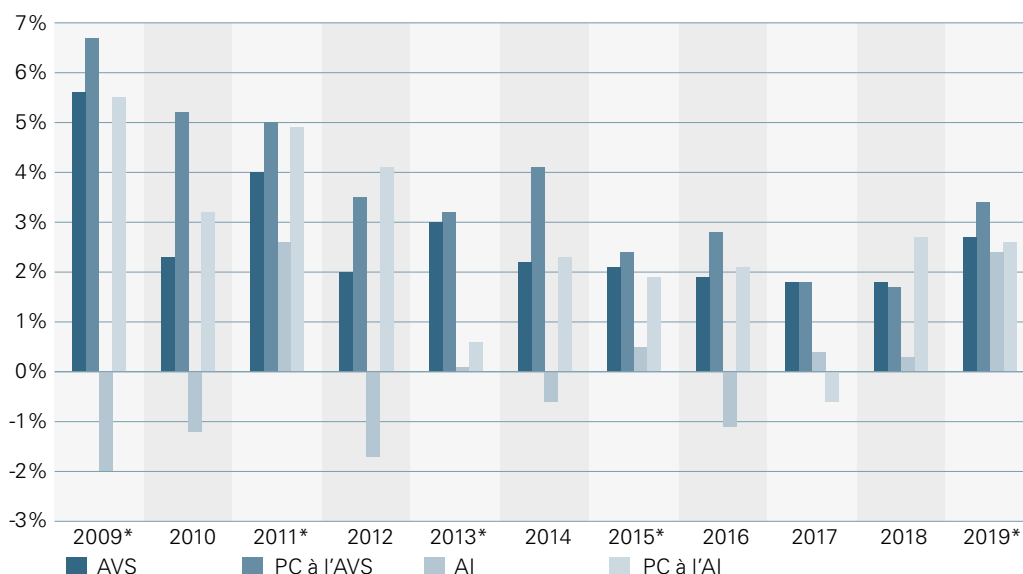
**AVS** : L'évolution des dépenses de l'AVS se caractérise par des taux de variation comparativement modestes sur l'ensemble de la période considérée. Le taux de croissance des dépenses de l'AVS se situe autour de 2 %, sauf en 2009, 2011, 2013 et 2019 (années d'adaptation). La croissance des dépenses tend à être plus importante les années où les rentes ont été adaptées sur la base de l'indice mixte.

**AI** : En 2019, les dépenses de l'AI ont sensiblement progressé (2,4 %) – une hausse égalée uniquement durant l'année d'adaptation des rentes 2011. Les autres années, la croissance des dépenses s'est parfois même révélée négative.

**PC à l'AVS** : En 2019, le taux de croissance enregistré (3,4 %) a été aussi élevé qu'en 2012 et 2013. Les PC à l'AVS ont connu une évolution supérieure à celle de l'AVS, hormis en 2017 et 2018.

**PC à l'AI** : De 2010 à 2019, les PC à l'AI ont enregistré les taux de croissance les plus faibles depuis 2000. À l'exception de l'année 2017, ils dépassent systématiquement ceux de l'AI elle-même.

### Dépenses du 1<sup>er</sup> pilier de la prévoyance VSI de 2009 à 2019, taux de variation



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

Source : CGAS de l'OFAS, SAS 2020

## Raisons de la progression des dépenses de 2008 à 2018

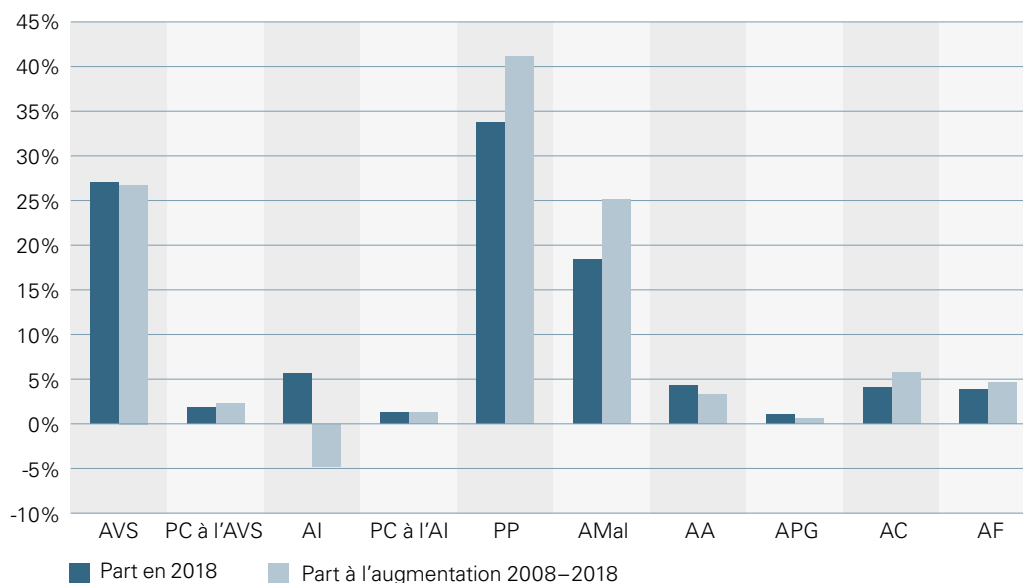
L'évolution des dépenses dépend principalement des risques couverts par les différentes assurances sociales. Le **compte global des assurances sociales (CGAS)** offre une vue d'ensemble précise des recettes et des dépenses respectives ; il est fondé sur les données de 2018 en raison de contraintes liées à la saisie.

Le graphique ci-dessous met en évidence la part des dépenses de chaque assurance sociale en 2018 par rapport aux dépenses totales, ainsi que leur contribution à l'augmentation globale des dépenses ces dix dernières années (2008-2018). Les dépenses totales consolidées ont été de 124 milliards de francs en 2008 et de 164 milliards en 2018, soit une hausse de 40 milliards de francs sur dix ans. L'écart par rapport à 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 2018. Les dépenses consolidées de l'AC sont corrigées des cotisations aux assurances sociales (AVS/

AI/APG/AA/PP) ainsi que des allocations familiales et de formation versées sur la base des 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 34 %. 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 (41 %) lui sont imputables.
- Les dépenses pour l'**AVS** représentent une part importante des dépenses totales (27 %) et ont contribué à leur augmentation dans des proportions similaires en 2018. Leur part à l'augmentation des dépenses totales entre 2008 et 2018 est de 27 %, soit 10 milliards de francs.
- À l'aune des dépenses, l'**AMal** vient en troisième position des assurances sociales (18 %) et contri-

### Évolution de la part des dépenses de 2008 à 2018



Source : CGAS de l'OFAS, SAS 2020

---

## Survol général, perspectives et principaux développements

bue pour une part supérieure à la moyenne, à hauteur de 25 %, soit 10 milliards de francs, à l'augmentation des dépenses totales sur la période considérée.

- En 2018, l'**AI** se maintient en quatrième position (6 %) bien que sa contribution à l'augmentation des dépenses totales des dix dernières années ait été négative (-2 milliards de francs).
- La part de l'**AC** aux dépenses globales du CGAS s'élevait à 4 % en 2018. Entre 2008 et 2018, les dépenses de l'AC ont nettement contribué à l'augmentation des dépenses totales (6 %).

En résumé, ce sont avant tout l'AMal, la PP et l'AC qui ont gagné en importance depuis 2008.

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 2018, 1,7 % des dépenses des assurances sociales (qui atteignaient 164,4 milliards de francs). Les dépenses de l'aide sociale ont augmenté en moyenne de 3,1 % entre 2013 et 2018. Avec un taux d'aide sociale s'élevant à 3,2 % de la population résidente de Suisse en 2018, elle joue un rôle important parmi les instruments de politique sociale. Ce taux est sensiblement plus élevé pour les ménages composés d'un adulte et d'un ou de plusieurs enfants mineurs, où il s'élève à 21,4 %.

## Le taux des prestations sociales<sup>1</sup>, indicateur des prestations des assurances sociales

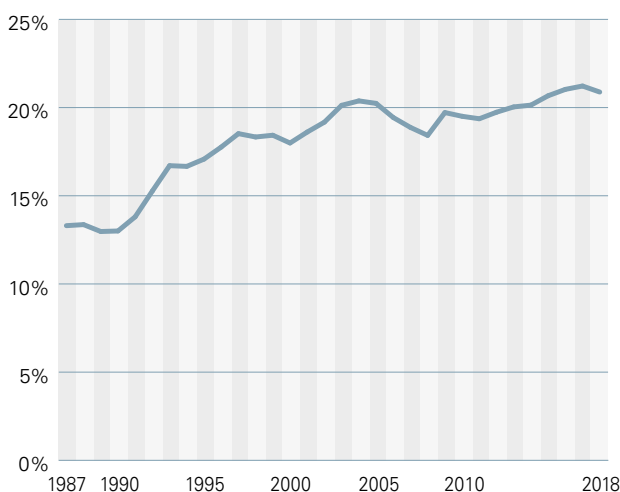
Le taux des prestations sociales vise à déterminer la part de la production économique globale à laquelle pourraient prétendre les bénéficiaires de prestations des assurances sociales. En tant qu'**indicateur** du rapport entre protection sociale et économie, il fournit des informations utiles, notamment 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 20,9 % en 2018 (hausse de 7,6 points). Le recul de 21,2 % à 20,9 %

observé en 2018 s'explique par une augmentation modérée des prestations des assurances sociales couplée à une très forte croissance du PIB. La croissance de 3,0 % du PIB aurait permis une progression identique des prestations sociales et le taux des prestations sociales se serait maintenu à 21,2 %. Or, ces prestations ont connu leur deuxième plus faible hausse depuis 1987 avec 1,3 % – soit une progression nettement inférieure à celle du PIB – d'où la baisse du taux des prestations sociales de 0,3 point. Ainsi, le poids des prestations sociales dans la répartition des revenus a diminué en 2018, comme ce fut le cas pour la dernière fois en 2011 (-0,1 point). La modeste augmentation de 2018 est principalement due au recul des prestations dans l'AC (-9,5 %) et les APG (-2,5 %). La bonne conjoncture en 2018 a été très bénéfique pour l'AC, entraînant une baisse du taux de chômage de 3,1 % à 2,5 %. Par ailleurs, les prestations de la PP et de l'AVS ont enregistré une progression comparable à celle des années précédentes.

### Taux des prestations sociales, de 1987 à 2018



Source : CGAS de l'OFAS, SAS 2020

<sup>1</sup> L'OFS publie un indicateur similaire. 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 2020, 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 2019, elle a pu couvrir 2,8 milliards de francs (20 %) 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 2019, en millions de francs

	2019	Variation 2018/2019
<b>Contributions de la Confédération<sup>1</sup></b>		
à l'AVS	8'847	2,7%
à l'AI	3'619	0,5%
Contribution ordinaire		
Contribution supplémentaire aux intérêts de l'AI	–	–
aux PC <sup>2</sup>	1'636	3,9%
<b>Total</b>	<b>14'103</b>	<b>2,3%</b>
<b>dont produit de l'imposition à affectation liée<sup>2</sup>,</b> destiné à couvrir en partie les contributions fédérales pour l'AVS, l'AI et les PC		
Tabac	2'042	-1,9%
Alcool <sup>3</sup>	227	-22,2%
Part de la TVA	495	0,4%
<b>Total</b>	<b>2'764</b>	<b>-3,6%</b>

1 Contributions dues en vertu du compte final des assurances sociales, avril 2020.

2 Y compris participation de la Confédération aux frais d'administration (2019 : 376 millions de francs).

3 Selon le compte d'État 2019.

---

## Stratégie dans le domaine de la sécurité sociale

### Importance d'une stratégie pour la sécurité sociale

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

Le contexte social, économique et politique a connu de profonds changements au cours des dernières décennies et d'autres mutations sont à prévoir. Ces développements sont autant de facteurs dont il faut tenir compte pour l'élaboration d'une stratégie en matière de politique sociale.

Appelé à s'accélérer encore au cours des prochaines décennies, le vieillissement démographique constitue une gageure pour le financement des assurances sociales. Les évolutions qui interviennent au sein de la

société et des modes de vie exigent une adaptation des assurances sociales, de sorte qu'elles continuent à réaliser leurs objectifs.

Le progrès technologique est porteur d'opportunités, mais il pose aussi des risques. Ces dernières années, il a contribué à une forte croissance de l'emploi en Suisse. La question qui se pose néanmoins pour l'avenir, en Suisse comme dans d'autres pays, est de savoir si les qualifications professionnelles acquises devront être adaptées tout au long de la carrière aux exigences évoluant sans cesse. Les défis auxquels fait face la sécurité sociale dans ce contexte démographique, économique et social restent multiples et importants.

En tant que – pandémie de dimension historique, la crise provoquée par le coronavirus a des répercussions négatives considérables sur l'économie et donc sur la situation financière de la population, qui engendrent également des défis et des problématiques pour la politique sociale. Les mesures prises par le Conseil fédéral dès le début de la crise – de l'adaptation d'instruments existants tels que le chômage partiel à la création de nouvelles solutions comme l'allocation pour pertes de gain en lien avec le coronavirus pour différents groupes concernés – ont grandement contribué à maintenir l'emploi, à garantir les salaires et à soutenir les indépendants.

Mais la question des réajustements de la politique sociale se pose aussi concernant d'autres phénomènes observés sur le marché de l'emploi et qui ne découlent pas d'une situation extraordinaire : nouvelles formes de travail, interruptions de carrière, travail de plateforme, etc.

Au regard de l'augmentation de l'espérance de vie et des rendements modestes des placements à faible risque, des mesures correctives sont requises dans le 2<sup>e</sup> pilier afin de maintenir le niveau des prestations. La polarisation plus forte des débats politiques complique la recherche de compromis susceptibles de rallier une majorité ; l'échec de la réforme Prévoyance vieillesse 2020 illustre cette situation.

# Stratégie dans le domaine de la sécurité sociale

## Objectifs stratégiques

La stratégie du Conseil fédéral concrétise la « Stratégie pour le développement durable 2016–2019 »<sup>1</sup>, 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 Constitution<sup>2</sup> et à mettre en œuvre les objectifs de la législation<sup>3</sup> ainsi que les objectifs annuels du Conseil fédéral<sup>4</sup>. À moyen terme, les objectifs de la législation 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 ;

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

<sup>2</sup> Art. 41 Cst.

<sup>3</sup> [www.bk.admin.ch](http://www.bk.admin.ch) > Documentation > Conduite stratégique > Programme de la législation

<sup>4</sup> [www.bk.admin.ch](http://www.bk.admin.ch) > Documentation > Conduite stratégique > Les objectifs

- à intégrer les personnes en situation de handicap dans tous les domaines de la vie sociale, économique et politique.

À court terme, les objectifs pour 2019 étaient les suivants :

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

## Prévoyance vieillesse

### Situation et défis

Le financement de l'AVS se dégrade sensiblement, avec un résultat de répartition négatif depuis 2014. Les recettes ne suffisent plus à financer les rentes en cours, quand bien même le système de financement par répartition exige un équilibre permanent entre recettes et dépenses. Cette situation s'accroît d'autant plus que les assurés de la génération à forte natalité (baby-boomeurs) atteignent peu à peu l'âge de la retraite. Avec l'acceptation du projet de réforme fiscale et de financement de l'AVS (RFFA), des fonds supplémentaires à hauteur d'environ 2 milliards de francs par an alimentent l'AVS depuis 2020. D'après les scénarios financiers actuels, le déficit de répartition cumulé des années 2022–2030 atteindra 19 milliards de francs, alors que le besoin de financement pour une couverture complète du Fonds de compensation s'élèvera à 26 milliards. En l'absence de mesures de stabilisation, les réserves de l'AVS seront épuisées en 2030.

Malgré le déséquilibre constant entre les recettes et les dépenses de l'AVS depuis 2014, les rendements de la fortune ont la plupart du temps permis de compenser le déficit de répartition, de sorte que le compte d'exploitation de l'assurance a pu afficher un solde positif. En 2019 notamment, les marchés

---

financiers ont connu une évolution positive, qui s'est traduite par un résultat record pour le Fonds de compensation de l'AVS. Cette réjouissante performance doit cependant être relativisée, car les rendements peuvent fortement fluctuer d'une année à l'autre. En 2018, la situation inverse prévalait et les pertes sur placements avaient encore accentué le déficit. Le résultat de répartition est le facteur déterminant pour évaluer la situation financière à long terme de l'AVS. En vue de combler le déséquilibre structurel entre les recettes et les dépenses, le Conseil fédéral a adopté le message relatif à la stabilisation de l'AVS (AVS 21) le 28 août 2019. Cette réforme a pour objectif de maintenir le niveau des prestations de la prévoyance vieillesse et d'assurer l'équilibre financier de l'assurance.

### **Objectifs et mesures stratégiques**

Au cours des deux dernières décennies, les projets visant l'adaptation du régime de la prévoyance vieillesse ont échoué : la 11<sup>e</sup> révision de l'AVS (première version) en 2004, l'adaptation du taux de conversion minimal et la 11<sup>e</sup> révision de l'AVS (nouvelle version) en 2010. La réforme Prévoyance vieillesse 2020, qui proposait une réforme du 1<sup>er</sup> et du 2<sup>e</sup> 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 conséquents. 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<sup>er</sup> et le 2<sup>e</sup> 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) se-

lon 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 28 août 2019, le Conseil fédéral a adopté le message relatif à la stabilisation de l'AVS (AVS 21). 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. Durant neuf ans, 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 et les modalités de la perception de la rente : 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 obligatoire. L'AVS a besoin de moyens financiers supplémentaires pour financer les rentes. Afin de couvrir ces besoins jusqu'en 2030, il est en conséquence prévu de relever la TVA de 0,7 point de pourcentage. Le Parlement entamera vraisemblablement les débats sur le projet au deuxième semestre 2020.



## Stratégie dans le domaine de la sécurité sociale

### 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 depuis 2008. 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 ;
- ces dernières années, la part de rentes octroyées en raison de troubles psychiques s'est accrue dans le total des nouvelles rentes ;
- la proportion des jeunes adultes par rapport à la totalité des bénéficiaires de rente augmente ;
- la coordination entre l'AI et le corps médical, les employeurs ainsi que les différentes assurances (maladie, accidents et indemnités journalières en cas de maladie) avec lesquelles elle collabore est complexe.

#### Objectifs et mesures stratégiques

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

- **Intégration et participation** : l'AI vise en priorité la réadaptation, l'autonomie et la responsabilisation de ses assurés. Les prestations de l'AI ont pour objectif premier de maintenir la capacité de gain, afin de permettre la participation à la vie économique. Par la contribution d'assistance, introduite dans le cadre de la 6<sup>e</sup> 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 additionnel. 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.

Le vote final devait avoir lieu durant la session d'été 2020, pour une entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2022.

## 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<sup>e</sup> révision de l'AI. Compte tenu de l'évolution technique, de l'importance croissante des systèmes d'information pour l'exécution du 1<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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<sup>e</sup> pilier, définissant notamment plus précisément les tâches de l'expert en matière de prévoyance professionnelle ou garantissant l'indépendance des autorités de surveillance régionales. Enfin, dans le cadre de l'interpellation Reynard (19.3329), le Conseil fédéral a reconnu la situation insatisfaisante en matière de rémunération des courtiers. En effet, ces paiements sont parfois incompatibles avec le but de prévoyance. Le projet prévoit ainsi que le Conseil fédéral édicte des dispositions visant à mieux encadrer la rémunération en matière de courtage d'affaires de prévoyance.

Le 20 novembre 2019, le Conseil fédéral a adopté le message sur la modernisation de la surveillance. Il est prévu que le Parlement entame les débats sur le projet au cours du deuxième semestre 2020.

## Assurance-maladie

**Santé2020**<sup>5</sup> 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'aménager de manière optimale le système de santé fiable de la Suisse, en fonction des défis actuels et à venir.

Le Conseil fédéral a fixé cinq priorités pour 2019. Dans le domaine de l'assurance-maladie, une des deux prio-

<sup>5</sup> Santé2020 comprend des pistes de réforme qui vont au-delà du domaine de l'assurance-maladie (voir [www.sante2020.ch](http://www.sante2020.ch)).

## Stratégie dans le domaine de la sécurité sociale

rités définies a pu être mise en œuvre. Le Conseil fédéral a adopté le message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (« Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1<sup>er</sup> volet ») le 21 août 2019. Concernant la seconde priorité, la procédure de consultation relative au deuxième volet de mesures de maîtrise des coûts a connu de légers retards et sera ouverte en 2020.

Les efforts visant à réduire les coûts sont poursuivis avec la stratégie « Santé2030 », approuvée en décembre 2019 par le Conseil fédéral et qui s'appuie sur les travaux menés dans le cadre de « Santé2020 ». Par la stratégie en matière de politique de santé, le Conseil fédéral entend encore améliorer le système de santé suisse afin qu'il continue à l'avenir d'offrir des prestations abordables et de qualité à l'ensemble de la population. Santé2030 pose le cadre d'action politique sur lequel l'ensemble des acteurs de la santé peuvent s'orienter. La stratégie est centrée sur quatre défis urgents : la transformation technologique et numérique, l'évolution démographique et sociale, le maintien de soins de grande qualité avec un système financièrement viable et l'opportunité de vivre en bonne santé.

### 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 :

- 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, contribue à atteindre cet objectif.
- Il convient de maintenir le principe d'une exécution décentralisée de la LSE et de la LACI et d'un pilotage des organes d'exécution axé sur les résultats.
- Enfin, la collaboration avec d'autres assurances sociales et avec l'aide sociale demeure un aspect central dans le cadre de la collaboration interinstitutionnelle.

### Prévention et lutte contre la pauvreté

La Plateforme nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté 2019–2024 a remplacé le programme conclu à la fin 2018. Comme ils en ont convenu dans une déclaration commune le 7 septembre 2018, la Confédération, les cantons, les villes et les communes poursuivent leur collaboration éprouvée en matière de prévention de la pauvreté dans le cadre de cette plateforme jusqu'en 2024. La Confédération continue d'organiser des manifestations pour favoriser l'échange des connaissances et la mise en réseau ainsi que de travailler sur un certain nombre de thèmes prioritaires. En s'appuyant sur les recommandations formulées par le programme national contre la pauvreté, les cantons, les villes et les communes contrôlent l'efficacité des mesures de prévention existantes dans leurs domaines de compétences respectifs et les développent si nécessaire. Ils présentent un rapport annuel sur les résultats obtenus.

En 2019, les activités de la plateforme nationale contre la pauvreté se sont concentrées sur les deux thématiques suivantes :

- La participation et la protection juridique des personnes touchées par la pauvreté, dans le cadre de laquelle deux sous-projets ont été mis en œuvre en 2019. Le premier vise à identifier des modèles prometteurs de participation pour l'élaboration de mesures de prévention de la pauvreté dans les communes, les régions et sur le plan national. Le second s'attache à analyser les possibilités de garantir une protection juridique appropriée et des prestations de conseil juridique facilement accessibles aux personnes menacées ou touchées par la pauvreté. Pour réaliser ces activités, des mandats de recherche ont été attribués et des groupes de travail créés. Les résultats seront publiés en 2020 et présentés à l'occasion d'une conférence nationale qui se tiendra le 1<sup>er</sup> septembre 2020 à Fribourg.
- L'accompagnement de jeunes et de jeunes adultes confrontés à des problèmes complexes dans plusieurs domaines de la vie lors de l'achèvement d'une formation professionnelle initiale et de leur entrée ultérieure sur le marché du travail. Le contenu du projet a été déterminé dans le cadre de discussions avec des spécialistes de toute la Suisse et un mandat de recherche a été attribué. Étant donné que différents systèmes de soutien interviennent généralement ici, les questions qui se posent concernent avant tout la gestion des cas et l'accompagnement à long terme des personnes concernées. Dans le cadre des travaux en cours jusqu'à l'automne 2021, il convient par conséquent d'identifier des approches de bonnes pratiques, qui seront recensées dans un guide et également présentées à l'occasion d'une conférence nationale.

## 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 immigrer en Suisse, en veillant à ce que la compensation des prétentions affecte aussi peu que possible les structures du système suisse de la sécurité sociale et n'ait aucune répercussion financière inéquitable ;
- répondre au besoin en personnel des différentes branches économiques, 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'entre-

---

## Stratégie dans le domaine de la sécurité sociale

prendre une activité lucrative dans un État membre de l'UE ou de l'AELE ne leur fera perdre aucun droit aux prestations de ces assurances. Les prescriptions de coordination ne s'appliquent pas à l'aide sociale. Le Conseil fédéral s'efforce de créer les conditions permettant de maintenir une bonne coordination du système suisse de sécurité sociale avec les systèmes des États membres de l'UE et de l'AELE. Concernant les relations avec le Royaume-Uni, il cherche surtout à trouver 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 antifraude permettant de mieux contrôler les bénéficiaires de rentes suisses résidant dans l'autre État contractant. La Suisse entre aussi en matière lorsqu'il existe un lien avec un accord de libre-échange ou une stratégie de coopération bilatérale. Elle propose alors en premier lieu des accords limités au détachement des travailleurs et au remboursement des cotisations AVS. Après le rejet par le Parlement du projet présenté dans le cadre de la révision de la LPGA qui visait à déléguer à l'Assemblée fédérale la compétence de conclure des conventions de sécurité sociale (par simple arrêt fédéral), la pratique actuelle ne peut plus être maintenue et les conventions de sécurité sociale seront désormais 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, ce qui permet de stocker et de traiter des quantités considérables de données (« big data ») provenant de différentes sources. Deuxièmement, grâce au traitement de gros volumes de données à l'aide d'algorithmes d'apprentissage automatique (« intelligence artificielle »), de nombreux processus standards et tâches de routine peuvent être exécutés par des machines et des ordinateurs. Troisièmement, l'Internet facilite non seulement l'échange entre les personnes et les entreprises à travers le monde entier, mais permet aussi la mise en réseau d'appareils et de machines (« 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 »).

Ces développements créent des possibilités susceptibles de transformer radicalement les structures des entreprises, les chaînes de valeurs et les processus de production et d'affaires et d'avoir une incidence sur la nature et le nombre 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 sociales<sup>6</sup>, le Conseil fédéral montre que rien

<sup>6</sup> « 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 du 7.12.2018 donnant suite au postulat 17.3045 Schwaab du 1.3.2017.

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 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 employeurs et aux 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 entreprises de transmettre les informations pertinentes aux organes d'exécution du 1er pilier (par ex. l'Extranet des caisses de compensation ou le réseau d'échange des données salariales suisse Swisssdec). Par ailleurs, l'OFAS pilote actuellement des projets visant à numériser les processus pour le régime des allocations pour perte de gain (APG) ainsi qu'à relier les assurances sociales suisses aux États de l'UE/AELE via le système EESSI, de façon à permettre l'échange électronique de données dans le domaine de la sécurité sociale.

Le développement de la cyberadministration des assurances sociales donne également l'occasion de pas-

ser 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. Dans ce cadre, l'évolution des attentes à l'égard de l'administration et les possibilités d'amélioration de ses méthodes de travail font également l'objet d'analyses. Sont concernés non seulement l'informatique, mais aussi tous les processus spécialisés et l'ensemble de culture de travail. À l'instar de toute entreprise, les institutions en charge des assurances sociales doivent, elles aussi, faire un usage économe de leurs ressources et améliorer en permanence leur productivité. L'exploitation du potentiel des outils numériques dans les processus de gestion interne des assurances sociales permet 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. Ces gains 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.

### **Examen d'une flexibilisation dans le droit des assurances sociales**

Les assurances sociales doivent saisir les opportunités liées à la numérisation notamment dans l'exécution (voir la stratégie Numérisation ci-dessus), mais aussi et surtout chercher à minimiser les risques que la numérisation peut représenter en matière de protection sociale du fait de son impact sur les structures des entreprises, les processus de production et les formes de travail qui en découlent. Le Conseil fédéral suit de près cette évolution depuis son premier rapport en 2016 sur la stratégie « Suisse numérique »<sup>7</sup> et ses rapports successifs sur les principales conditions-cadres pour l'économie numérique<sup>8</sup> et sur les

7 Conseil fédéral (2018), Stratégie « Suisse numérique », Berne : Office fédéral de la communication, septembre 2018.

8 Conseil fédéral (2017), Rapport sur les principales conditions-cadre pour l'économie numérique, Berne : Secrétariat d'État à l'économie, 11 janvier.

---

## Stratégie dans le domaine de la sécurité sociale

conséquences de la numérisation sur l'emploi et les conditions de travail<sup>9</sup>.

Selon l'enquête suisse sur la population active (ESPA) 2019 de l'OFS, le nombre de personnes actives sur des plateformes numériques est encore très limité dans notre pays. L'évolution de cette forme de travail à moyen terme est encore difficile à appréhender. Même si le travail salarié avec un contrat de travail de durée indéterminée reste la règle et que l'on ne note aucune tendance à sa disparition, le droit des assurances sociales doit faire en sorte que les personnes travaillant de manière flexible, et en particulier via une plateforme électronique, ne passent pas entre les mailles du filet de sécurité sociale.

Dans le contexte du développement de l'économie numérique, il est primordial que de nouvelles formes de travail soient couvertes de manière adaptée par les assurances sociales et que le droit des assurances sociales s'applique de manière aussi homogène que possible à l'ensemble des entreprises. Il s'agit d'éviter la création de normes spéciales qui réduiraient les obligations sociales de certaines d'entre elles, aux dépens non seulement de la protection sociale des travailleurs, mais aussi de l'exigence de l'égalité de traitement. L'objectif dans ce domaine consiste à continuer d'appliquer le droit existant, à l'aide de normes juridiques claires et transparentes, dont la mise en œuvre soit non discriminatoire à l'égard des différentes formes de travail, rapide, simple et efficace.

### Défis actuels de la numérisation concernant la couverture sociale

Lorsque l'offre et la demande se rencontrent directement sur des plateformes électroniques, 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.

<sup>9</sup> Conseil fédéral (2017), Conséquences de la numérisation sur l'emploi et les conditions de travail : opportunités et risques, rapport en réponse aux postulats 15.3854 Reynard et 17.3222 Derder, Berne : Secrétariat d'État à l'économie, 8 novembre.

Cela ne signifie toutefois pas qu'il faille modifier le but de la sécurité sociale. Celui-ci demeure en effet inchangé et consiste, outre la mise œuvre de mesures d'intégration, 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 dans les cas où elles risqueraient de 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.

### Rapport attendu en 2020

C'est avec ces objectifs en tête que le DFI, sur mandat du Conseil fédéral et pour répondre à plusieurs interventions parlementaires, prépare depuis 2018 un rapport sur la nécessité et les possibilités d'assouplir davantage le droit des assurances sociales, en collaborant avec les autres départements concernés (DEFR, DFJP et DFF).

Un travail approfondi a dû être accompli pour analyser en détail les différentes plateformes de travail actives en Suisse, dans le but de mieux comprendre leur fonctionnement et leurs attentes. Il s'agit de pouvoir évaluer de manière fondée les diverses options de flexibilisation du droit des assurances sociales et leur impact sur la sécurité sociale des travailleurs de plateforme. Pour mener une étude de terrain, un mandat de recherche externe a notamment été réalisé. Ses résultats ont été discutés avec les partenaires sociaux.

Le Conseil fédéral devrait pouvoir approuver ce rapport au 2<sup>e</sup> semestre 2020. Le rapport présentera une évaluation de plusieurs options de flexibilisation du droit des assurances sociales, en se fondant sur l'analyse des possibilités et des limites du droit en vigueur. Les trois domaines suivants, dans lesquels des ajustements sont souvent demandés, seront examinés dans ce rapport :

- 
1. le système de classification des revenus du travail par les assurances sociales (distinction entre l'activité salariée et l'activité indépendante) ;
  2. les possibilités de garantir la protection sociale et l'insertion sur le marché du travail, notamment des personnes qui travaillent sur des plateformes en tant qu'indépendants ou qui cumulent plusieurs emplois en tant que salariés ;
  3. la simplification des procédures administratives entre les entreprises, les particuliers et les autorités d'exécution des assurances sociales et l'augmentation de la transparence.

Le rapport du Conseil fédéral permettra de définir sur une base solide les options à approfondir au cours des prochaines années pour adapter le système des assurances sociales au monde du travail en perpétuelle évolution.





---

## Survol par branches

<b>AVS</b>	Assurance-vieillesse et survivants	24
<b>AI</b>	Assurance-invalidité	34
<b>PC</b>	Prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI	42
<b>PP</b>	Prévoyance professionnelle	46
<b>AMal</b>	Assurance-maladie	52
<b>AA</b>	Assurance-accidents	64
<b>AM</b>	Assurance militaire	68
<b>APG</b>	Allocations pour perte de gain	72
<b>AC</b>	Assurance-chômage	78
<b>AF</b>	Allocations familiales	82

# AVS Assurance-vieillesse et survivants

## 1 Chiffres clés actuels de l'AVS

<b>Recettes 2019</b>	<b>46'937 mio fr.</b>
<b>Dépenses 2019</b>	<b>45'254 mio fr.</b>
<b>Résultat 2019</b>	<b>1'682 mio fr.</b>
<b>Compte de capital 2019</b>	<b>45'217 mio fr.</b>

Rente de vieillesse maximale	2020	<b>2'370 fr.</b>
Rente de vieillesse minimale	2020	<b>1'185 fr.</b>
Montant moyen de la rente de vieillesse, en Suisse	2019	<b>1'864 fr.</b>

<b>Bénéficiaires de rentes de vieillesse</b>	<b>2'403'764</b>
<b>Bénéficiaires de rentes de survivants</b>	<b>196'120</b>

Bénéficiaires en Suisse et à l'étranger, en décembre 2019

Rapport de dépendance AVS	1990	<b>26,7 %</b>
	2018	<b>31,2 %</b>
	2030	<b>41,3 %</b>

Un rapport de dépendance de 31,2 % signifie qu'il y avait environ 31 rentiers pour 100 actifs en 2018.

En 2019, l'AVS présentait un résultat de répartition négatif pour la sixième année consécutive (-1,2 milliard 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. En 2019, à l'issue d'une année de fortes performances boursières, il s'élevait à 1,7 milliard de francs. 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 en raison des faibles performances boursières.

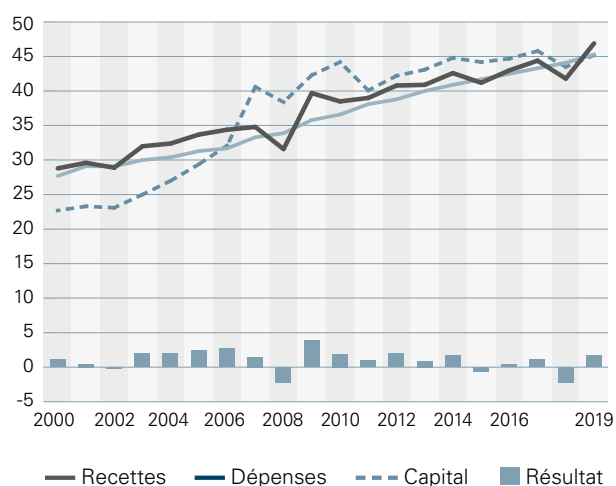
### Évolution en 2019

À la fin de 2019, la fortune de l'AVS se montait à 45,2 milliards de francs et s'établissait ainsi pour la deuxième fois consécutive sous le niveau des dépenses d'une année (99,9 %). Le résultat de répartition – hors produit courant du capital – s'est détérioré, tombant à 1170 millions de francs. Si l'on ne considère que les affaires d'assurance (hors produit des placements), c'est la sixième année consécutive que les résultats sont négatifs.

En chiffres absolus, les dépenses de l'AVS se sont élevées à 45 254 millions de francs ; elles ont été affectées à hauteur de 98,5 % aux rentes, dont 95,6 % pour les rentes de vieillesse et 4,4 % pour les rentes de survivants.

Les cotisations des assurés (+2,5 %) et les contributions des pouvoirs publics (+2,4 %) ont moins progressé que les dépenses (+2,7 %).

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

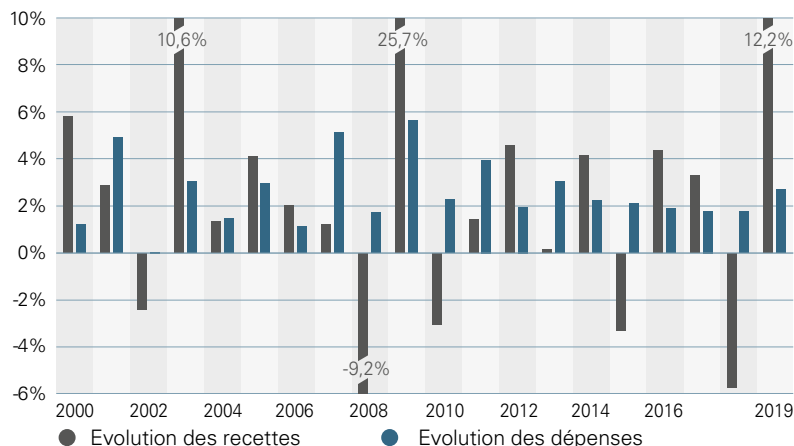


En 2015, pour la première fois depuis la crise financière de 2008, les recettes de l'AVS (y compris les variations de valeur du capital) ont de nouveau été inférieures aux dépenses. Grâce à une conjoncture boursière favorable, le résultat d'exploitation de l'AVS a été positif en 2016, en 2017 et en 2019 également. En 2018, il a enregistré un déficit de l'ordre du milliard de francs, principalement en raison d'une évolution boursière cette fois défavorable.

La hausse des cours de la Bourse en 2019 a fait que le résultat d'exploitation a été de nouveau positif avec 1,7 milliard de francs.

# AVS Assurance-vieillesse et survivants

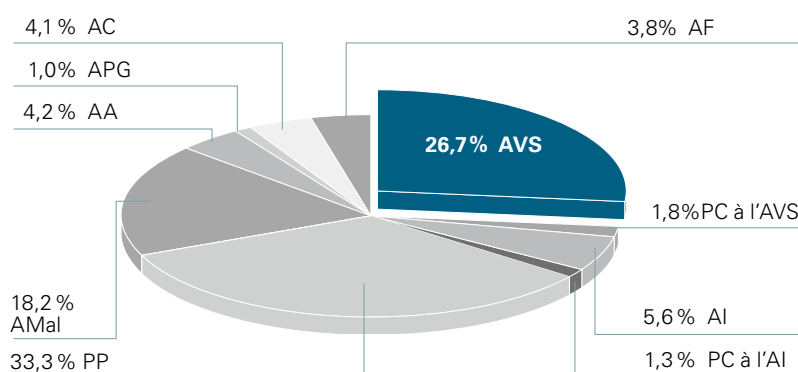
## 3 Evolution des recettes et des dépenses de l'AVS, de 2000 à 2019



En 2019, les recettes de l'AVS ont fortement augmenté par rapport à l'année précédente grâce aux variations de valeur du capital positives (influence de la Bourse). Ses dépenses ont aussi nettement progressé, ce qui s'explique par les augmentations de rente.

En 2001, 2003, 2005, 2007, 2009, 2011, 2013, 2015 et 2019 les rentes ont été adaptées.

## 4 L'AVS dans le CGAS 2018

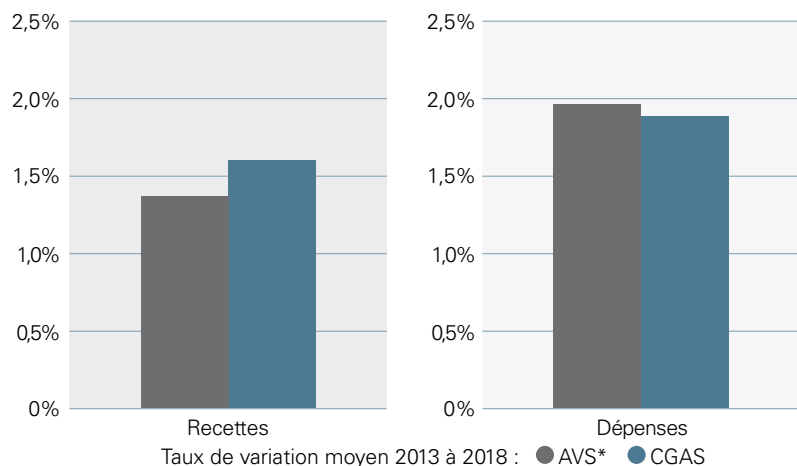


### Dépenses 2018 : 164,4 mia fr.

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

Ses dépenses ont été affectées à hauteur de 98,5 % aux rentes, dont 95,6 % pour les rentes de vieillesse et 4,4 % pour les rentes de survivants.

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



**Recettes de 2013 à 2018 :** Le taux de croissance moyen des recettes de l'AVS (1,4 %) a été inférieur à celui des recettes du CGAS (1,6 %).

**Dépenses de 2013 à 2018 :** Les dépenses au titre de l'AVS représentent le deuxième volume le plus important des dépenses du CGAS. De ce fait, leur évolution (2,0 %) a une grande incidence sur le développement des dépenses CGAS (1,9 %).

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

Source : SAS 2020 (parution automne 2020), OFAS, et www.ofas.admin.ch

## AVS Assurance-vieillesse et survivants

### Finances

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

	2019	Variation 2018/2019
<b>Recettes</b>	<b>46'937</b>	12,2%
<b>Cotisations des assurés et des employeurs</b>	<b>32'508</b>	2,5%
<b>Contributions des pouvoirs publics</b>	<b>11'571</b>	2,4%
Confédération	8'847	2,7%
TVA	2'418	0,4%
Imposition des maisons de jeu	305	11,4%
<b>Produit des placements</b>	<b>2'852</b>	341,5%
Produit courant du capital	605	6,4%
Variations de valeur du capital	2'247	228,4%
<b>Produit des actions récursives</b>	<b>5</b>	49,7%
<b>Dépenses</b>	<b>45'254</b>	2,7%
<b>Prestations en espèces</b>	<b>44'820</b>	2,7%
Rentes ordinaires	44'550	2,5%
Rentes extraordinaires	6	-4,8%
Transferts et remboursement de cotisations aux étrangers	59	1,9%
Allocations pour impotent	619	5,0%
Allocations de secours aux Suisses de l'étranger	0	-17,7%
Créances en restitution, net	-414	13,3%
<b>Coûts des mesures individuelles</b>	<b>105</b>	14,8%
<b>Subventions à des institutions et organisations</b>	<b>108</b>	0,1%
<b>Frais de gestion</b>	<b>15</b>	8,2%
<b>Frais d'administration</b>	<b>207</b>	3,2%
<b>Résultat d'exploitation</b>	<b>1'682</b>	175,8%
<b>Résultat de répartition</b> (hors produit des placements)	<b>-1'170</b>	-12,6%
<b>Résultat selon le CGAS</b> (hors variation de valeur du capital)	<b>-565</b>	-20,3%
<b>Capital</b>	<b>45'217</b>	3,9%

Les recettes totales de l'AVS ont augmenté de 12,2 % en 2019, passant de 41 835 à 46 937 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 2,5 % par rapport à l'année précédente, pour atteindre 44 084 millions de francs. Globalement, les cotisations des assurés et des employeurs ont augmenté de 2,5 % par rapport à 2018, les cotisations salariales et les cotisations personnelles (des indépendants et des personnes sans activité lucrative) progressant de respectivement 2,7 % et 1,6 % et la part des cotisations prélevées sur les indemnités de chômage reculant de 4,4 %. Les recettes provenant des cotisations ont couvert en tout 71,8 % des dépenses de l'assurance.

La Confédération participe aux dépenses de l'AVS à raison de 19,55 %. Sa contribution a progressé de 2,7 % pour s'établir à 8847 millions de francs. Les recettes provenant de la TVA, c'est-à-dire le point de pourcentage démographique, ont augmenté (+0,4 %), passant à 2418 millions de francs.

Les dépenses totales de l'AVS se sont accrues de 2,7 %, pour atteindre 45 254 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 99,0 % des dépenses.

Celles-ci ont atteint 44 820 millions de francs, enregistrant une hausse de 2,7 %. Cette progression est due à l'évolution démographique (nombre de retraités) et aux augmentations de rente. Avec une hausse de 2,7 %, les rentes ont connu une croissance inférieure à celle des allocations pour impotent (+5,0 %). Les autres domaines (coûts des mesures individuelles, subventions à des organisations, frais de gestion et d'administration) ont occasionné des dépenses de 434 millions de francs, ce qui représente une hausse de 21 millions de francs ou de 5,1 % par rapport à l'année précédente.

Le résultat de répartition (c'est-à-dire le résultat annuel hors produit des placements) est tombé dans le négatif, à -1170 millions de francs ; il était de -1039 millions de francs en 2018.

Avec des recettes globales de 46 937 millions de francs et des dépenses de 45 254 millions, le compte d'exploitation de l'AVS a bouclé sur un excédent de 1682 millions de francs. Le compte de capital de l'AVS a augmenté dans la même proportion pour s'établir à 45 217 millions de francs (fin 2018 : 43 535 millions de francs).

## Évolution des rentes

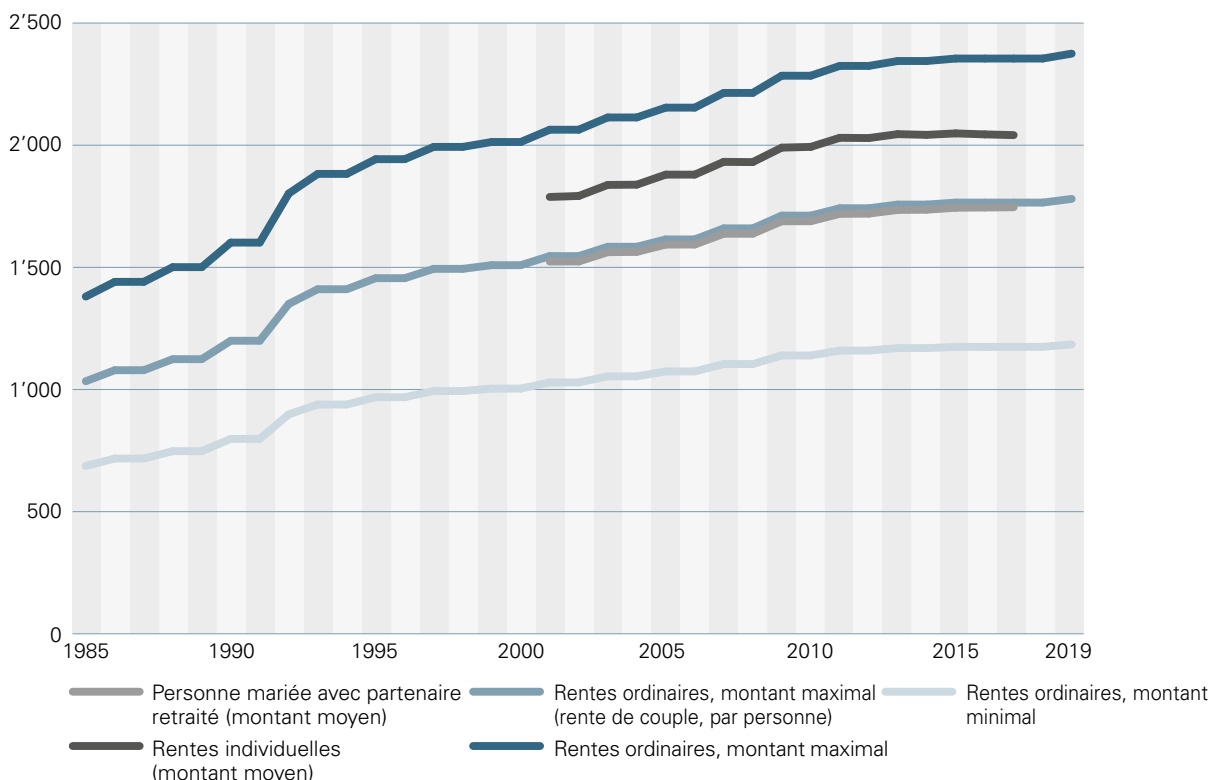
En principe, le Conseil fédéral examine tous les deux ans la nécessité d'adapter les rentes de l'AVS et de l'AI à l'évolution des salaires et des prix. Dans ce cadre et sur la base des recommandations de la Commission AVS/AI, le Conseil fédéral a décidé un relèvement des rentes minimales de l'AVS et de l'AI, au 1<sup>er</sup> 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<sup>e</sup> pilier (déduction fiscale autorisée).

L'adaptation des rentes de vieillesse à l'évolution des salaires et des prix 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<sup>er</sup> janvier.

**Rente AVS** (rente complète en Suisse)



Source : SAS 2020 (parution automne 2020), OFAS, et [www.ofas.admin.ch](http://www.ofas.admin.ch)

## Réformes

### Loi fédérale relative à la réforme fiscale et au financement de l'AVS

Le 19 mai 2019, le peuple a adopté en votation la loi fédérale du 28 septembre 2018 relative à la réforme fiscale et au financement de l'AVS (RFFA). Cette loi est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2020.

La RFFA concerne notamment l'AVS, le taux de cotisation AVS étant relevé, de manière générale, de 0,3 point. Ainsi, dans l'assurance obligatoire, les salariés et les employeurs ont vu leur taux de cotisation augmenter chacun de 0,15 point – il est ainsi passé pour chacun de 4,2 % à 4,35 % – et celui des travailleurs indépendants est passé de 7,8 % à 8,1 %. Dans l'assurance facultative, le taux de cotisation des personnes exerçant une activité lucrative a également été adapté pour passer de 8,4 % à 8,7 %. Enfin, la cotisation minimale des personnes sans activité lucrative est passée de 395 francs à 409 francs dans l'assurance obligatoire et de 790 francs à 818 francs dans l'assurance facultative. De ce fait, ce seront 1,183 milliard de francs qui seront nouvellement versés chaque année par les entreprises et les assurés.

### 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 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 1<sup>er</sup> 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 1<sup>er</sup> 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 s'est 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)

Le Conseil fédéral a adopté le message relatif à la stabilisation de l'AVS (AVS 21) le 28 août 2019. Le projet comprend les mesures suivantes :

- **Harmonisation de l'âge de référence à 65 ans (dans le 1<sup>er</sup> et le 2<sup>e</sup> pilier) :** l'âge de référence des femmes est progressivement relevé à 65 ans, à hauteur de trois mois par année et ce, dès l'année qui suit celle de l'entrée en vigueur de la réforme.
- **Compensation appropriée du relèvement de l'âge de référence pour les femmes :** les femmes les plus touchées par le relèvement de l'âge de référence pourront anticiper leur rente de vieillesse à des taux de réduction plus favorables. Celles qui décideront de percevoir leur rente à l'âge de 65 ans bénéficieront quant à elles de l'application d'une formule de rente qui permet d'améliorer la rente de vieillesse.
- **Aménagement flexible et individuel de la perception des rentes (du 1<sup>er</sup> et du 2<sup>e</sup> pilier) entre 62 et 70 ans et introduction de la retraite partielle :** il sera désormais pos-



## AVS Assurance-vieillesse et survivants

sible d'anticiper la totalité de la rente de vieillesse, ou un pourcentage de celle-ci compris entre 20 et 80 %, en tout temps, pour le début du mois suivant.

- **Introduction de mesures incitant à poursuivre l'activité lucrative au-delà de l'âge de référence** : les cotisations AVS payées après l'âge de 65 ans sont prises en compte pour améliorer la rente, et les assurés pourront ajourner la totalité de la prestation de vieillesse du 2<sup>e</sup> pilier jusqu'à l'âge de 70 ans et ce, tant qu'ils maintiennent une activité lucrative. L'ajournement ne dépend cependant pas du taux d'activité maintenu.
- **Financement additionnel de l'AVS par le biais d'un relèvement de la TVA de 0,7 point de pourcentage** : Ce relèvement tient compte du financement supplémentaire de l'AVS d'environ 2 milliards par année généré par l'acceptation de la loi sur la réforme fiscale et le financement de l'AVS (RFFA) lors de la votation populaire du 19 mai 2019.

800 millions supplémentaires en faveur de l'AVS seront versés par la Confédération. Elle cèdera en effet à l'AVS sa part du pour-cent démographique de la TVA et relèvera en même temps sa contribution aux dépenses de l'assurance de 19,55 % à 20,2 %.

### 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 Conseil fédéral entend répondre aux desiderata des autorités des trois niveaux institutionnels, qui souhaitent utiliser davantage le NAVS dans leurs tâches administratives. Selon ce projet, les autorités de la Confédération, 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. Le Conseil fédéral a approuvé le message relatif à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants (Utilisation systématique du numéro AVS par les autorités) le 30 octobre 2019, et la Commission des institutions politiques du Conseil des États a entamé les débats sur le projet au printemps 2020.

## Perspectives

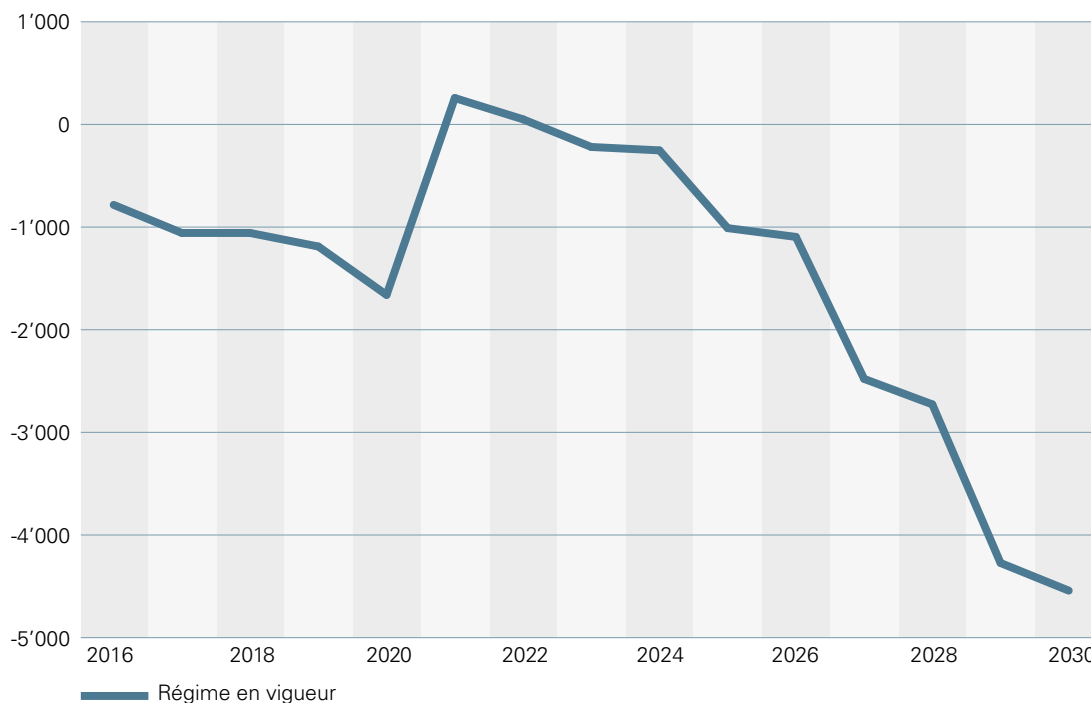
Une estimation de l'**évolution financière de l'AVS** à moyen terme peut être tentée sur la base de son budget. Dans ce calcul, les dépenses et les recettes à venir sont fonction de l'évolution démographique (nombre de rentiers et de cotisants), du contexte économique (évolution des salaires et des prix) ainsi que des modifications du système résultant de décisions législatives<sup>1</sup>.

Pour l'évolution démographique, on se réfère au scénario A-00-2015 de l'OFS. S'agissant des perspectives économiques, la progression annuelle du

salaires réel à long terme est estimée à 0,8 %. En outre, un facteur structurel permet de tenir compte de l'évolution du marché du travail, marquée par une augmentation des emplois plus qualifiés et donc mieux rémunérés. Ce facteur est évalué à 0,3 % par an.

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.

### Évolution du résultat de répartition de l'AVS, en millions de francs (aux prix de 2020)

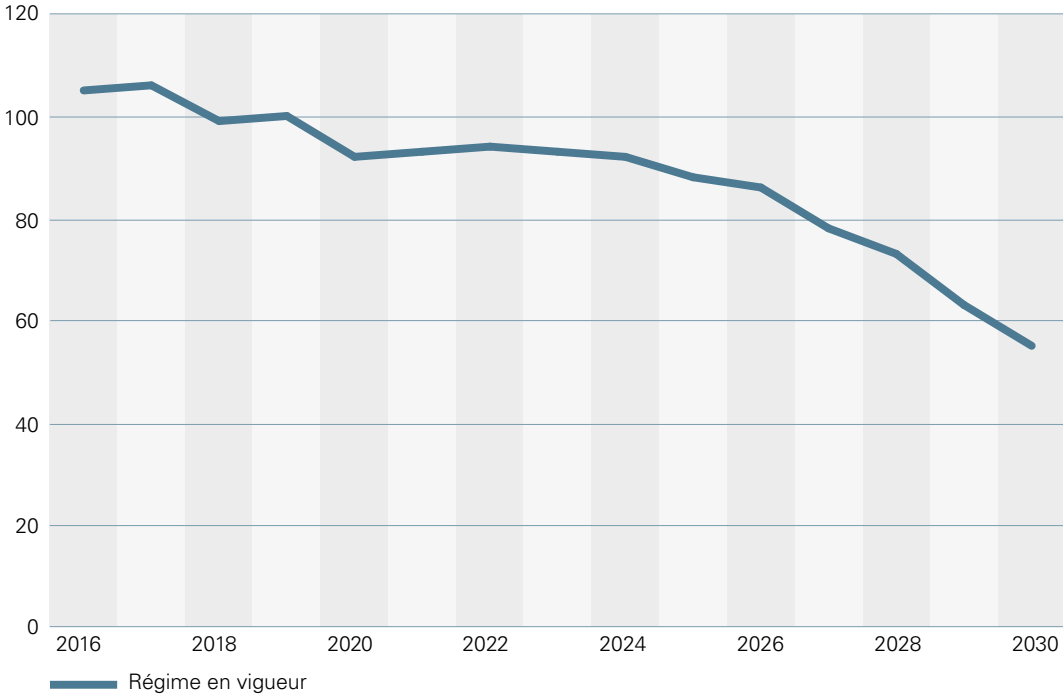


Résultat de répartition : recettes hors produit du capital, moins les dépenses  
Ajustées sur le décompte 2019, état en avril 2020

<sup>1</sup> Les chiffres actuels peuvent être consultés sur le site [www.ofas.admin.ch](http://www.ofas.admin.ch) > Assurances sociales > AVS > Finances > Perspectives financières de l'AVS.

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 milliard de francs. Le projet de réforme fiscale et de financement de l'AVS (RFFA) a été accepté en votation populaire le 19 mai 2019.

**Capital de l'AVS en % des dépenses** (aux prix de 2020)



Compte de capital de l'AVS, en % des dépenses  
Ajustées sur le décompte 2019, état en avril 2020



# AI Assurance-invalidité

## 1 Chiffres clés actuels de l'AI

<b>Recettes 2019</b>	<b>9'508 mio de fr.</b>
<b>Dépenses 2019</b>	<b>9'484 mio de fr.</b>
<b>Résultat 2019</b>	<b>24 mio de fr.</b>
<b>Fonds de compensation AI 2019</b>	<b>4'787 mio de fr.</b>
<b>Dettes envers l'AVS 2019</b>	<b>-10'284 mio de fr.</b>

Rente d'invalidité maximale	2020	<b>2'370 fr.</b>
Rente d'invalidité minimale	2020	<b>1'185 fr.</b>
Montant moyen de la rente d'invalidité en Suisse	2019	<b>1'481 fr.</b>

<b>Bénéficiaires de rentes d'invalidité</b>	<b>247'200</b>
<b>Rentes pour enfant, nombre d'enfants</b>	<b>65'006</b>

Bénéficiaires en Suisse et à l'étranger, décembre 2019

Probabilité de percevoir une prestation de l'AI, 2019	
10 à 19 ans	<b>9,1 %</b>
30 à 39 ans	<b>4,0 %</b>
50 à 59 ans	<b>10,2 %</b>

Le taux de nouvelles rentes, soit le pourcentage de nouveaux bénéficiaires par rapport à la population assurée, avait atteint un sommet en 2003 et a nettement diminué depuis lors. L'effectif des rentes d'invalidité avait atteint un pic en décembre 2005, avec 252 000 rentes, chiffre qui a baissé jusqu'en décembre 2019 pour s'établir à 218 000.

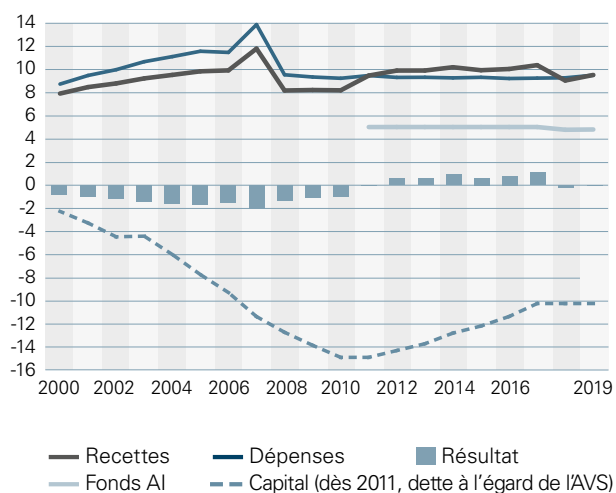
### Évolution en 2019

En 2019, les recettes des pouvoirs publics se chiffraient encore à 3619 millions de francs après la fin de la période de financement additionnel. Grâce à un produit des placements de 407 millions de francs, les recettes de l'AI se sont élevées à 9508 millions de francs (+5,4 %).

Les dépenses se sont montées à 9484 millions de francs (+2,4 %) en 2019 ; elles ont été affectées à raison de 91,9 % aux rentes, aux allocations pour impotent, aux indemnités journalières, aux mesures individuelles et aux prestations collectives.

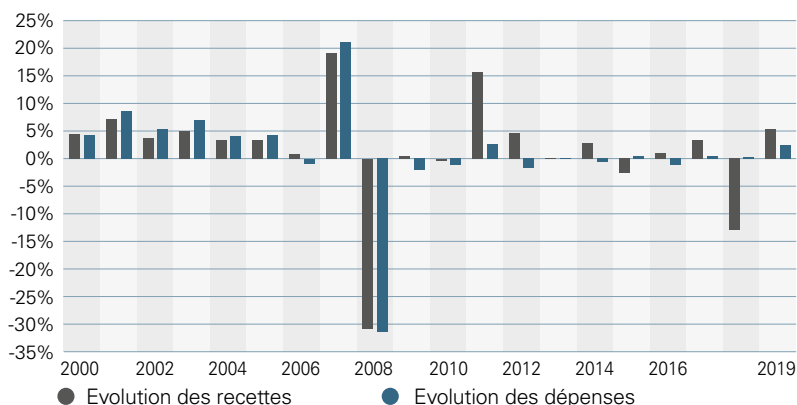
Le résultat d'exploitation était de nouveau positif en 2019 avec 24 millions de francs, ce qui a entraîné une augmentation du niveau du Fonds de compensation de l'AI à 4787 millions de francs. La dette de l'AI envers l'AVS n'a cependant pas pu être réduite davantage.

## 2 Recettes, dépenses, résultat et capital de l'AI de 2000 à 2019, 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. En 2019, les recettes ont de nouveau été supérieures aux dépenses grâce à un produit des placements de 407 millions de francs. Les mesures provisoires ainsi que la très faible augmentation des dépenses avaient 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.

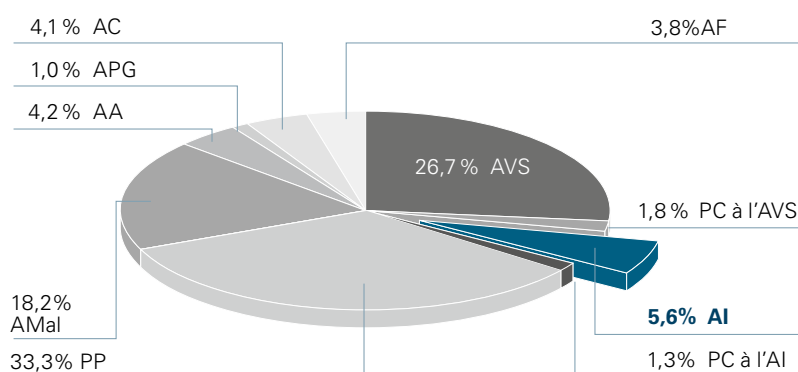
### 3 Evolution des recettes et des dépenses de l'AI de 2000 à 2019 (avec la RPT)



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. Le bon produit des placements a permis aux recettes d'augmenter de nouveau bien plus fortement que les dépenses en 2019, et ce, bien qu'il s'agissait d'une année d'adaptation des rentes.

En 2001, 2003, 2005, 2007, 2009, 2011, 2013, 2015 et 2019, les rentes ont été adaptées.

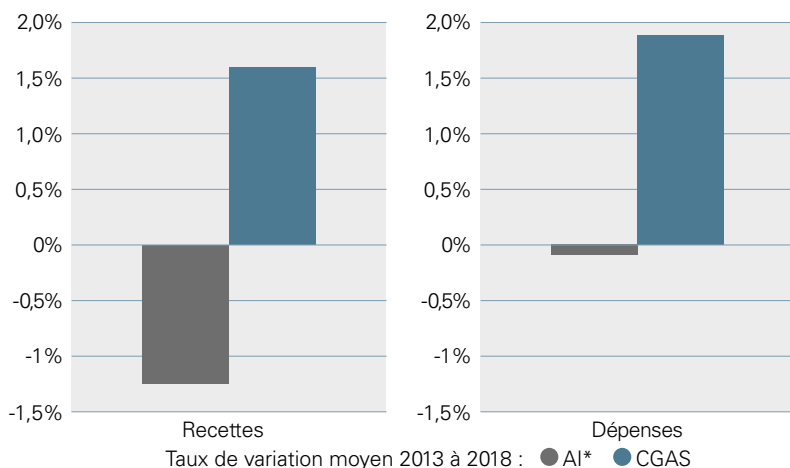
### 4 L'AI dans le CGAS 2018



#### Dépenses 2018 : 164,4 mia fr.

Mesurée à l'aune des dépenses, l'AI se place, avec 5,6 %, en quatrième position parmi les assurances sociales. Ces dépenses ont été consacrées pour 91,9 % aux prestations sociales, tandis que les frais de gestion et d'administration ainsi que les intérêts de la dette représentaient 8,1 %.

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



**Recettes de 2013 à 2018 :** Le taux de croissance moyen des recettes de l'AI (-1,3 %) a été nettement inférieur à celui des recettes du CGAS (1,6 %). Par conséquent, la part des recettes de l'AI dans celles du CGAS a diminué.

**Dépenses de 2013 à 2018 :** De 2013 à 2018, les dépenses de l'AI ont reculé de 0,1 % par année, ce qui a donc freiné l'évolution des dépenses du CGAS (+1,9 %). 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.

Source : SAS 2020 (parution automne 2020), OFAS, et www.ofas.admin.ch

## AI Assurance-invalidité

### Finances

#### Compte d'exploitation 2019 de l'AI, en millions de francs

	2019	Variation 2018/2019
<b>Recettes</b>	<b>9'508</b>	5,4%
<b>Cotisations des assurés et des employeurs</b> (y c. intérêts)	<b>5'446</b>	2,5%
<b>Contributions des pouvoirs publics</b>	<b>3'619</b>	-5,9%
Confédération	3'619	0,5%
TVA	–	-100%
<b>Produit des placements</b>	<b>407</b>	337,2%
Produit courant du capital	80	11,7%
Variations de valeur du capital	327	234,0%
<b>Produit des actions récursoires</b>	<b>36</b>	-0,9%
<b>Autres recettes</b>	<b>0</b>	-99,8%
<b>Dépenses</b>	<b>9'484</b>	2,4%
<b>Intérêts de la dette</b>	<b>51</b>	0,0%
<b>Prestations en espèces</b>	<b>6'587</b>	1,1%
Dont : Rentes ordinaires	4'621	-0,2%
Rentes extraordinaires	901	3,8%
Indemnités journalières	685	3,2%
Allocations pour impotent	499	4,7%
Créances en restitution, net	-163	4,0%
<b>Coûts des mesures individuelles</b>	<b>1'964</b>	5,8%
Dont : Mesures médicales	932	9,8%
Mesures d'intervention précoce	47	-1,2%
Mesures de réinsertion	83	9,0%
Mesures d'ordre professionnel	626	1,5%
Contribution d'assistance	78	13,6%
Moyens auxiliaires	212	2,9%
Créances en restitution, net	-20	-42,7%
<b>Subventions aux institutions et organisations</b>	<b>147</b>	1,7%
<b>Frais de gestion et d'administration</b>	<b>734</b>	5,5%
<b>Résultat d'exploitation</b>	<b>24</b>	110,2%
<b>Résultat de répartition</b> (hors produit des placements)	<b>-383</b>	-487,1%
<b>Résultat selon le CGAS</b> (hors variation de valeur du capital)	<b>-302</b>	–
<b>Dette envers l'AVS</b>	<b>-10'284</b>	0,0%
<b>Fonds AI</b>	<b>4'787</b>	0,5%

En 2019, les recettes de l'AI ont augmenté dans l'ensemble de 5,4 %, atteignant 9508 millions de francs. Hors produit des placements, les recettes de l'assurance elle-même ont diminué de 1,0 % par rapport à l'année précédente, pour s'établir à 9101 millions de francs. Les cotisations des assurés et des employeurs ont augmenté de 2,5 %, passant à 5446 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, paiements rétroactifs inclus. En 2019, les contributions des pouvoirs publics ont ainsi reculé de 5,9 % pour tomber à 3619 millions de francs.

Au chapitre des dépenses, 6587 millions de francs (soit 69,5 %) 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 (hors créances en restitution, net) ont atteint 5359 millions de francs, soit 56,5 % des dépenses totales. Cette somme correspond à une progression de 0,5 % par rapport à l'année précédente. Le poste des indemnités journalières a connu une augmentation de 3,2 %, passant à 685 millions de francs, et celui des allocations pour impotent, une hausse de 4,7 %, passant à 499 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 5,8 % et représentaient 20,7 % des dépenses. Les prestations de détection et d'intervention précoces affichent un taux de croissance de 5,0 %. Les frais de gestion et d'administration ont augmenté de 5,5 %, pour s'établir à 734 millions de francs. Leur part dans l'ensemble des dépenses s'élève à 7,7 %. Les intérêts que l'AI doit payer sur sa dette envers l'AVS ont stagné à 51 mil-

lions de francs en 2019. Les recettes totales de l'assurance ont couvert 100,3 % de ses dépenses. En raison de conditions de marché favorables, les placements ont enregistré des bénéfices s'élevant à 407 millions de francs. Les recettes totales et le résultat d'exploitation ont ainsi augmenté pour passer à respectivement 9508 millions de francs et 24 millions de francs. Le résultat d'exploitation positif n'a toutefois pas permis à l'AI de réduire davantage sa dette envers l'AVS en 2019. Le montant de celle-ci reste donc inchangé, à 10284 millions de francs.



## AI Assurance-invalidité

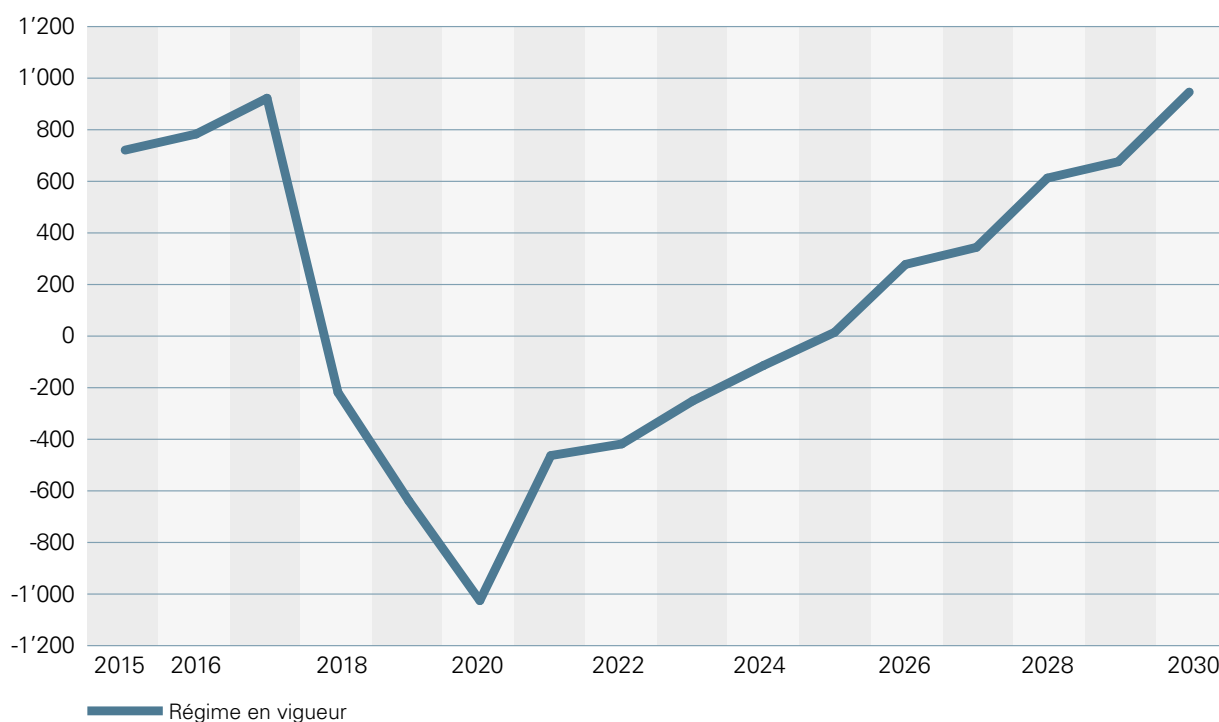
L'**évolution financière** de l'AI à moyen terme peut être estimée sur la base de ses comptes. Dans ce calcul, les dépenses et les recettes à venir sont fonction de l'évolution démographique (nombre de personnes exposées à un risque et nombre de cotisants), de l'évolution économique (évolution des salaires, 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 législatives<sup>1</sup>.

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).

### Évolution du résultat de répartition de l'AI, en millions de francs (aux prix de 2020)



Résultat de répartition : recettes hors produit du capital, moins les dépenses  
Ajustées sur le décompte 2019, état en mai 2020

<sup>1</sup> Les chiffres actuels peuvent être consultés sur le site [www.ofas.admin.ch](http://www.ofas.admin.ch)  
> Assurances sociales > Assurance-invalidité AI > Finances  
Perspectives financières de l'AI.

## Réformes et perspectives

Le Développement continu de l'AI constitue le projet de réforme majeur au sein de l'AI. Des informations au sujet de cette réforme se trouvent à la page 14 du présent rapport.

### Évaluation de la contribution d'assistance

La contribution d'assistance est évaluée dans le cadre du programme de recherche sur l'assurance-invalidité et les résultats montrent que les objectifs fixés sont atteints.

Instaurée par la révision 6a de la LAI et entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2012, la contribution d'assistance a pour but de promouvoir l'autonomie et la responsabilité propre ainsi que l'intégration sociale et professionnelle, et de décharger les membres de la famille. Elle permet aux bénéficiaires d'engager directement un assistant qui les aide dans leur vie quotidienne.

Comme toutes les nouvelles prestations importantes de l'AI, la contribution d'assistance doit faire l'objet d'une évaluation sous la forme d'une enquête menée auprès de l'ensemble des personnes qui la perçoivent. La première phase de cette évaluation s'est achevée en 2017 sur un rapport final exhaustif, tandis que la seconde est en cours jusqu'à la mi-2020. Un rapport intermédiaire (2012–2018) a été publié en août 2019. Tous les rapports déjà publiés concernant cette évaluation centrée sur la réalisation des objectifs font état de résultats positifs : les objectifs principaux qui avaient été fixés pour le groupe cible ont été atteints. Les personnes interrogées affirment que la contribution d'assistance a accru leur autonomie et amélioré leur situation en matière d'assistance, leur marge de manœuvre financière et leurs contacts sociaux. La plupart des bénéficiaires se déclarent satisfaits de leur situation de vie, les trois quarts pensant qu'elle a été améliorée par la contribution d'assistance. Une grande majorité des sondés estiment en outre que leurs proches doivent leur fournir moins d'aide, ce qui est aussi l'un des

principaux objectifs de la prestation. Malgré ce bilan positif, il y a un potentiel d'amélioration. Une grande partie des personnes interrogées souhaite ainsi une simplification administrative, par exemple via une possibilité de traitement électronique des factures. Une autre proposition fréquemment formulée concerne un décompte accessible à tous, en particulier pour les malvoyants. L'OFAS recherchera des solutions dans ce domaine en collaboration avec les partenaires concernés.

L'évolution du nombre de personnes qui percevront à l'avenir une contribution d'assistance n'est pour l'heure pas évaluable avec précision. Le nombre de bénéficiaires continue d'augmenter en permanence. L'effectif actuel de 2324 adultes touchant une contribution d'assistance dans l'AI (2018) est toutefois nettement inférieur au chiffre prévu de 3000. Les personnes souffrant d'une infirmité liée à une lésion du système nerveux constituent de loin le principal groupe de bénéficiaires (40 %), suivies de celles touchées par une infirmité congénitale (25 %) et des personnes atteintes de troubles psychiques (11 %). L'observation de l'âge des bénéficiaires révèle que les plus de 40 ans sont proportionnellement plus nombreux à percevoir une contribution d'assistance. Les 60–65 ans représentent ainsi le groupe le plus important de bénéficiaires (22 %), devant les 55–59 ans (18 %), les 50–54 ans (16 %) et les 45–49 ans (11 %). En médiane, un bénéficiaire se voit octroyer une contribution d'assistance de près de 2000 francs par mois, mais perçoit effectivement à peine 1300 francs.

L'évolution du nombre de bénéficiaires et la question de savoir dans quel ordre de grandeur l'effectif se situera, ainsi que d'autres aspects quantitatifs et qualitatifs concernant la contribution d'assistance, font l'objet d'analyses complémentaires dont les résultats seront publiés à l'été 2020, dans le rapport final de l'évaluation en cours.

### **Enfants gravement malades ou accidentés**

Le Parlement a adopté en décembre 2019 le projet d'amélioration de la conciliation entre activité professionnelle et prise en charge de proches. Le délai référendaire a expiré sans qu'un référendum ait été lancé. Des informations au sujet de cette réforme se trouvent à la page 76 du présent rapport. La nouvelle loi règle le maintien du salaire pour les absences de courte durée, crée un congé indemnisé pour la prise en charge d'un enfant gravement malade ou victime d'un accident, étend les bonifications pour tâches d'assistance dans l'AVS et adapte le droit à l'allocation pour impotent.

Le travail des proches aidants est très important pour la société et constitue une part importante des soins. Concilier la prise en charge de malades avec une activité professionnelle est toutefois difficile. Actuellement, environ deux tiers des entreprises accordent des congés, en partie rémunérés, à leurs employés en cas d'absence de courte durée pour prodiguer des soins à un parent ou un proche. La nouvelle loi prévoit d'inscrire dans le code des obligations le droit à un congé payé pour permettre de prendre en charge les soins d'un membre de la famille ou du partenaire.

### **Adaptation du droit à l'allocation pour impotent et au supplément pour soins intenses**

Dans le cadre de ce projet, le versement de l'allocation pour impotent et du supplément pour soins intenses de l'AI à un enfant sera adapté. Aujourd'hui, le droit est supprimé chaque jour que l'enfant passe à l'hôpital. À l'avenir, il continuera d'exister lorsqu'un enfant est hospitalisé pendant plus d'un mois civil, à condition que la présence des parents à l'hôpital soit nécessaire et effective. Cette mesure, dont le coût s'élèvera à 2,5 millions de francs par année pour l'AI, améliore la situation des parents d'enfants handicapés en leur donnant la possibilité d'accompagner leur enfant lors d'un séjour à l'hôpital sans subir une perte considérable de revenu.

### **Bonifications pour tâches d'assistance**

La nouvelle base légale prévoit également d'étendre le droit aux bonifications pour tâches d'assistance dans l'AVS. Actuellement, les proches aidants ont droit à cette bonification si la personne nécessitant des soins est au bénéfice d'une allocation pour impotence de degré moyen ou grave. Ce critère sera élargi pour inclure également les personnes touchant une allocation pour impotence faible.



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

## 1 Chiffres clés actuels des PC

Dépenses (= recettes) des <b>PC à l'AVS</b> 2019	<b>3'058 mio de fr.</b>
Dépenses (= recettes) des <b>PC à l'AI</b> 2019	<b>2'142 mio de fr.</b>

Eléments de calcul des PC pour les personnes seules	
Besoins vitaux 2020	<b>19'450 fr.</b>
Loyer brut maximum 2020	<b>13'200 fr.</b>
Franchise sur la fortune 2020	<b>37'500 fr.</b>
Remboursement max. des frais de maladie et d'invalidité	
– Personnes à domicile 2020	<b>25'000 fr.</b>
– Pensionnaires en home 2020	<b>6'000 fr.</b>

Bénéficiaires de PC, selon le type d'habitation	
– Personnes à domicile 2019	<b>265'189</b>
– Pensionnaires en home 2019	<b>71'834</b>

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 2019 a atteint 3058 millions de francs, tandis que les PC à l'AI se sont chiffrées à 2142 millions de francs.

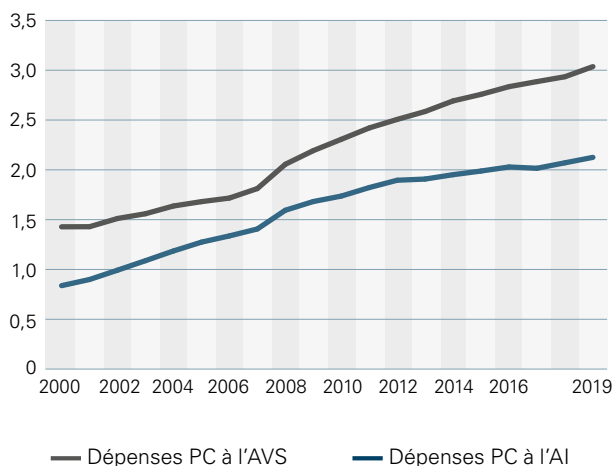
En moyenne, les PC à l'AI sont beaucoup plus importantes pour les bénéficiaires que les PC à l'AVS, car les PC améliorent six fois plus les prestations de l'AI que les rentes de l'AVS.

### Évolution en 2019

En 2019, les dépenses des PC à l'AVS ont de nouveau davantage progressé que celles des PC à l'AI. Les PC versées ont atteint 5199 millions de francs, dont 59 % pour les PC à l'AVS et 41 % pour les PC à l'AI. En 2019, les PC à l'AVS ont amélioré de 8,1 % la somme des rentes AVS ; 12,7 % des bénéficiaires de rente de vieillesse en percevaient. Les PC à l'AI ont amélioré de 50,5 % la somme des rentes AI et 48,5 % 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 1141 francs de PC par mois, contre 3337 francs par mois pour une personne seule vivant dans un home. En 2019, 71 834 bénéficiaires de PC vivaient dans un home et 265 189 chez eux.

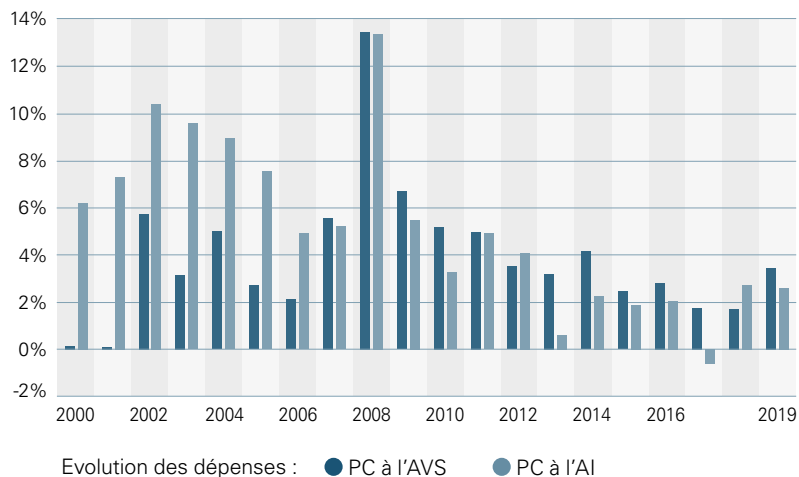
## 2 Dépenses (= recettes) des PC de 2000 à 2019, en milliards de francs



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. Depuis 2007, les dépenses des PC à l'AVS augmentent de nouveau davantage que celles des PC à l'AI (sauf en 2012 et 2018).

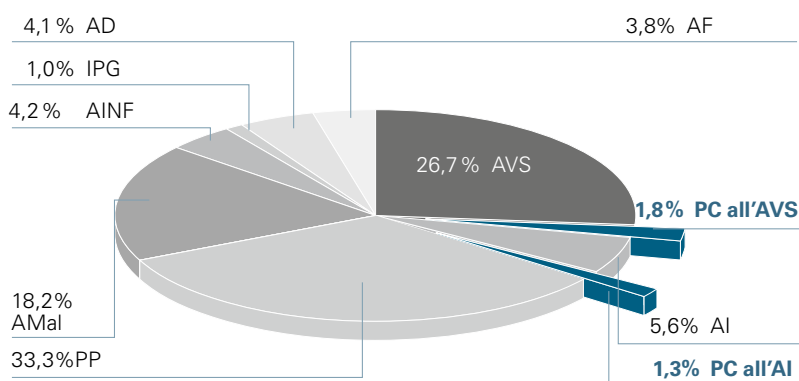
## PC Prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI

### 3 Evolution des dépenses (= recettes) des PC de 2000 à 2019



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<sup>er</sup> 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 tendaient à diminuer, mais en 2018 celui des PC à l'AI et, en 2019, celui des PC à l'AVS sont de nouveau clairement repartis à la hausse.

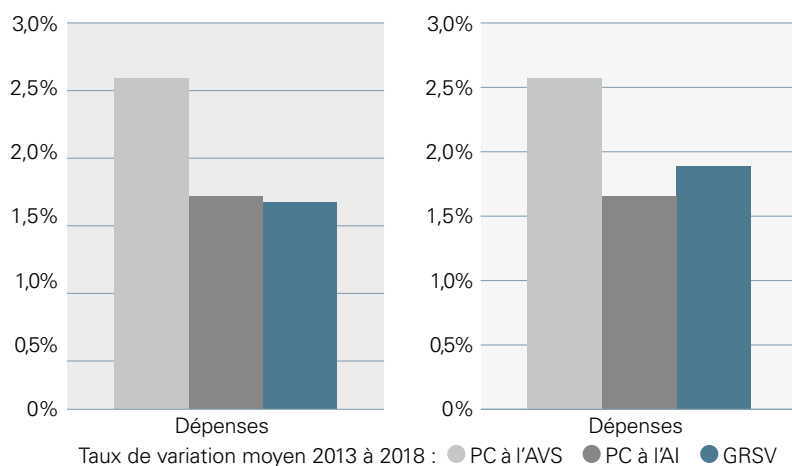
### 4 Les PC dans le CGAS 2018



#### Dépenses 2018 : 164,4 mia 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 2013 à 2018 :** Les recettes des PC à l'AVS et à l'AI ont augmenté plus fortement que celles du CGAS.

**Dépenses de 2013 à 2018 :** Le taux de croissance des dépenses au titre des PC à l'AVS était nettement supérieur à celui des dépenses du CGAS, tandis que celui des dépenses au titre des PC à l'AI lui était inférieur. Globalement, la progression des PC a été plus marquée que l'augmentation des dépenses du CGAS.

Source : SAS 2020 (parution automne 2020), OFAS, et www.ofas.admin.ch

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

### Finances

#### Finances des PC en 2019, en millions de francs

Canton	Dépenses au titre des PC			Variation 2018/2019	Subvention fédérale		
	Total	PC à l'AVS	PC à l'AI		Total	PC à l'AVS	PC à l'AI
<b>Total</b>	<b>5'199,2</b>	<b>3'057,6</b>	<b>2'141,6</b>	<b>3,1%</b>	<b>1'598,7</b>	<b>818,4</b>	<b>780,3</b>
Zurich	896,5	534,4	362,1	2,4%	243,6	124,0	119,6
Berne	735,0	475,5	259,6	2,3%	214,3	120,3	94,0
Lucerne	240,9	145,2	95,7	3,2%	73,1	40,7	32,4
Uri	14,9	9,7	5,1	5,8%	3,8	2,3	1,5
Schwyz	77,6	55,9	21,7	3,3%	17,8	10,0	7,8
Obwald	16,4	11,2	5,2	4,3%	4,7	2,7	2,0
Nidwald	14,0	9,6	4,4	-0,3%	3,8	2,4	1,5
Glaris	21,8	11,2	10,6	5,1%	7,3	3,6	3,7
Zoug	48,5	27,8	20,7	5,3%	12,2	6,7	5,5
Fribourg	154,1	91,9	62,2	2,6%	53,0	28,1	24,9
Soleure	245,2	107,9	137,3	4,2%	52,5	24,0	28,5
Bâle-Ville	239,7	135,7	104,0	1,1%	82,9	36,1	46,8
Bâle-Campagne	162,8	95,7	67,0	-3,4%	50,4	21,5	28,9
Schaffhouse	42,4	24,3	18,1	0,8%	14,0	7,0	7,0
Appenzell AR	29,7	17,2	12,5	0,7%	8,8	4,4	4,5
Appenzell AI	5,0	3,2	1,8	0,6%	1,3	0,8	0,5
Saint-Gall	322,8	192,4	130,4	3,1%	96,2	49,1	47,1
Grisons	95,5	61,3	34,2	2,1%	26,1	13,4	12,8
Argovie	265,6	154,9	110,7	4,5%	86,6	42,6	44,0
Thurgovie	118,6	65,9	52,8	1,3%	38,6	19,3	19,2
Tessin	220,4	121,4	99,0	2,6%	115,9	63,0	52,9
Vaud	561,6	309,8	251,8	6,6%	174,7	86,0	88,7
Valais	105,7	51,9	53,8	4,0%	43,4	20,7	22,7
Neuchâtel	119,9	70,6	49,3	3,4%	44,8	23,2	21,5
Genève	390,9	238,1	152,9	3,5%	113,7	58,9	54,9
Jura	53,5	34,6	18,9	12,8%	14,9	7,7	7,2

Source : SAS 2020 (parution fin 2020), OFAS et [www.ofas.admin.ch](http://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 2019, soit 5199,2 millions de francs, la Confédération a pris en charge 1598,7 millions (30,7 %) et les cantons 3600,5 millions (69,3 %). Sur le total des dépenses des PC à l'AVS, 818,4 millions de francs ont été à la charge de la Confédération et 2239,2, à celle des cantons. Pour ce qui est des PC à l'AI, la répartition a été la suivante : 780,3 millions de francs à la charge de la Confédération et 1361,3, à celle des cantons. Enfin, en ce qui concerne les frais d'administration, la Confédération a versé au total 36,6 millions de francs.

### Réformes

La réforme des prestations complémentaires vise à maintenir le niveau des prestations, à prendre davantage en compte la fortune et à réduire les effets de seuil. Par ailleurs, les montants maximaux reconnus au titre du loyer sont revus à la hausse afin de mieux tenir compte du niveau effectif des loyers. Le Parlement a mis sous toit la réforme le 22 mars 2019. Soumise au référendum facultatif, la nouvelle loi n'a pas été combattue. Le 29 janvier 2020, le Conseil fédéral a approuvé les modifications de l'ordonnance et fixé la date d'entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2021.

Plusieurs mesures adoptées par le Parlement dans le cadre de la réforme des PC nécessitent des modifications des législations cantonales ainsi que des adaptations des systèmes informatiques et des processus de travail des organes d'exécution. Ces travaux de mise en œuvre sont actuellement en cours.



# PP Prévoyance professionnelle

Dernières données disponibles : 2018

## 1 Chiffres clés actuels de la PP

<b>Recettes 2018</b>	<b>70'957 mio de fr.</b>
<b>Dépenses 2018</b>	<b>55'030 mio de fr.</b>
<b>Résultat 2018</b>	<b>15'927 mio de fr.</b>
<b>Compte de capital 2018</b>	<b>865'200 mio de fr.</b>

<b>Prestations</b> (partie obligatoire)	2019	2020
Intérêt de l'avoir de vieillesse	<b>1,00 %</b>	<b>1,00 %</b>
Taux de conversion :		
hommes (65)	<b>6,80 %</b>	<b>6,80 %</b>
femmes (64)	<b>6,80 %</b>	<b>6,80 %</b>

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

<b>Bénéficiaires 2018</b>	
Rentes de vieillesse	<b>798'554</b>
Rentes d'invalidité	<b>114'534</b>
Rentes de veuve/veuf	<b>191'046</b>
Rentes d'enfants/orphelins	<b>59'706</b>

En 2018, malgré un résultat des comptes positif de 15,9 milliards de francs, la fortune de la PP a diminué de 20,8 milliards de francs, en raison de pertes de valeur du capital d'un montant de 36,9 milliards de francs. Le capital géré par les caisses de pensions atteignait ainsi 865,2 milliards à la fin 2018.

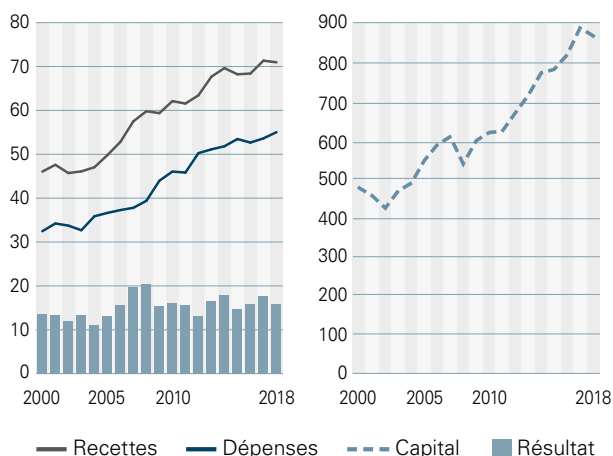
### Évolution en 2018

Les recettes ont enregistré une évolution négative de 0,5 %, tandis que les dépenses ont progressé de 2,6 %, faisant baisser le résultat des comptes de la PP à 15,9 milliards de francs (-1,8 milliard de francs).

Du côté des recettes, le rendement courant du capital a diminué de 14,5 % pour s'établir à 14,2 milliards de francs. La composante majeure des recettes, à savoir les cotisations des assurés et des employeurs, a progressé de 2,9 %, soit à son rythme usuel. Le recul du rendement courant du capital n'a par conséquent pas pu être compensé.

La principale conséquence en matière de dépenses résulte de la baisse de 172,6 % 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 3,8 %, 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 4,4 milliards de francs.

## 2 Recettes, dépenses, résultat et capital de la PP de 2000 à 2018, en milliards de francs



En 2018, le résultat des comptes de 15,9 milliards de francs n'a pas permis de compenser les fortes pertes de valeur du capital (-36,9 milliards de francs) – contrairement à 2015, dernière année pour laquelle des pertes de valeur de capital avaient été enregistrées.

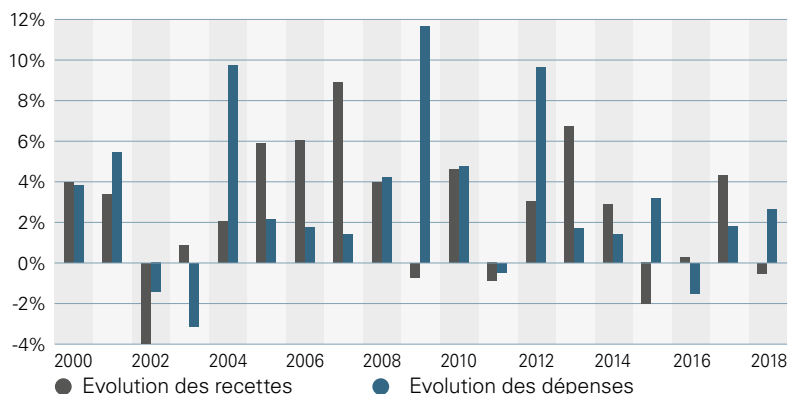
En termes de PIB, le capital des institutions de prévoyance a atteint en 2018 son second plus haut niveau avec 125,5 %.

La comparaison des rentes et du produit courant du capital montre que ce dernier constitue une part toujours plus faible du financement : il couvrait 81,8 % des rentes et des prestations en capital en 2000, contre 35,9 % en 2018.

# PP Prévoyance professionnelle

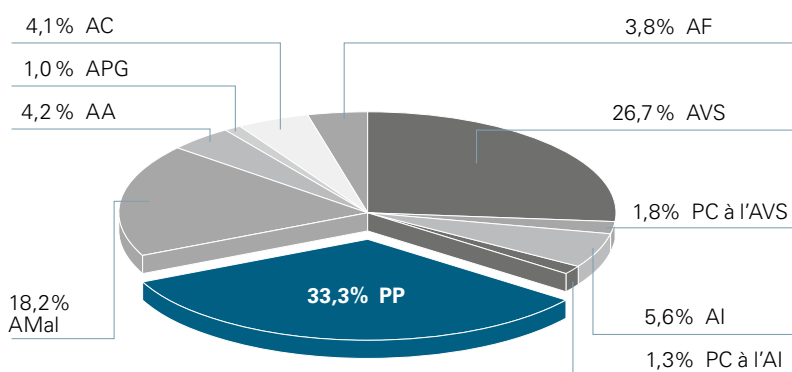
Dernières données disponibles : 2018

## 3 Evolution des recettes et des dépenses de la PP de 2000 à 2018



En 2018, les recettes ont diminué de 0,5 % et les dépenses ont augmenté de 2,6 %. Le résultat des comptes a ainsi reculé, passant de 17,7 à 15,9 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 2018

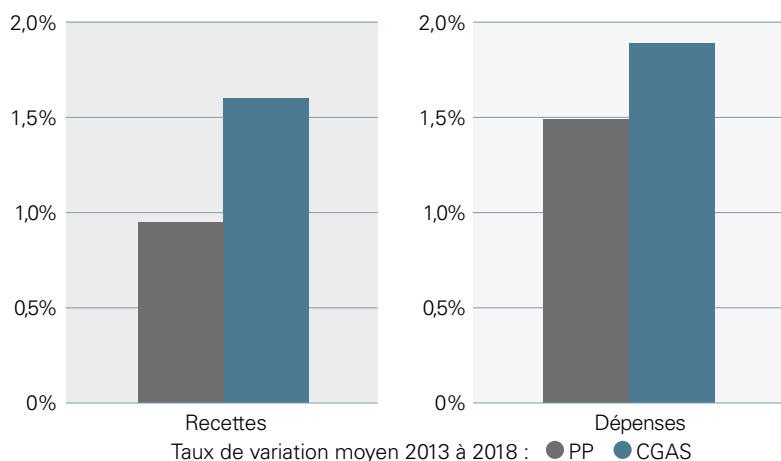


### Dépenses 2018 : 164,4 mia fr.

Mesurée à l'aune des dépenses, la PP représente l'assurance sociale la plus importante, avec 33,3 %.

Les dépenses ont été affectées pour 54,8 % au versement des rentes et pour 16,8 % aux prestations en capital.

## 5 Evolution de la PP par rapport à celle du CGAS



**Recettes de 2013 à 2018 :** Le taux de croissance moyen des recettes de la PP (0,9 %) a été inférieur à celui des recettes du CGAS (1,6 %).

**Dépenses de 2013 à 2018 :** Les dépenses de la PP constituent la plus grande composante de celles du CGAS. Elles ont augmenté en moyenne de 1,5 %, soit moins que celles du CGAS (1,9 %). Par conséquent, la part de la PP dans les dépenses de l'ensemble des assurances sociales n'a plus augmenté.

Source : SAS 2020 (parution automne 2020), OFAS, et www.ofas.admin.ch

## PP Prévoyance professionnelle

### Finances

#### Finances agrégées 2018 de la PP<sup>1</sup>, régime surobligatoire inclus, en millions de francs

	2018	Variation 2017/2018
<b>Total des recettes</b>	<b>70'957</b>	-0,5%
Salariés	20'072	3,4%
Employeurs	29'391	2,5%
Versements initiaux (hors prestations de libre passage)	7'232	9,8%
Produit brut du capital	14'152	-14,5%
Autres recettes	109	-8,5%
<b>Total des dépenses</b>	<b>55'030</b>	2,6%
Rentes	30'164	2,2%
Prestations en capital	9'231	9,4%
Versements en espèces	710	18,2%
Prestations de libre passage, nettes	10'975	55,6%
Paiements nets à des assurances	-1'720	-172,6%
Intérêts passifs	323	-27,7%
Dépenses administratives (y c. gestion de fortune)	5'349	2,6%
<b>Résultat des comptes</b>	<b>15'927</b>	-10,1%
<b>Variation du capital</b> (y c. résultat des comptes et variations de valeur du capital)	<b>-20'800</b>	-130,0%
<b>Capital</b> (apuré des crédits et des hypothèques passives)	<b>865'200</b>	-2,3%

<sup>1</sup> Estimation de l'OFAS, basée sur la statistique des caisses de pensions de l'OFS

Source : SAS 2020 (parution fin 2020), OFAS et [www.ofas.admin.ch](http://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 -20,8 milliards de francs en 2018 découle des variations de valeur du capital corrigées (-36,7 milliards de francs) et du résultat des comptes (15,9 milliards de francs).

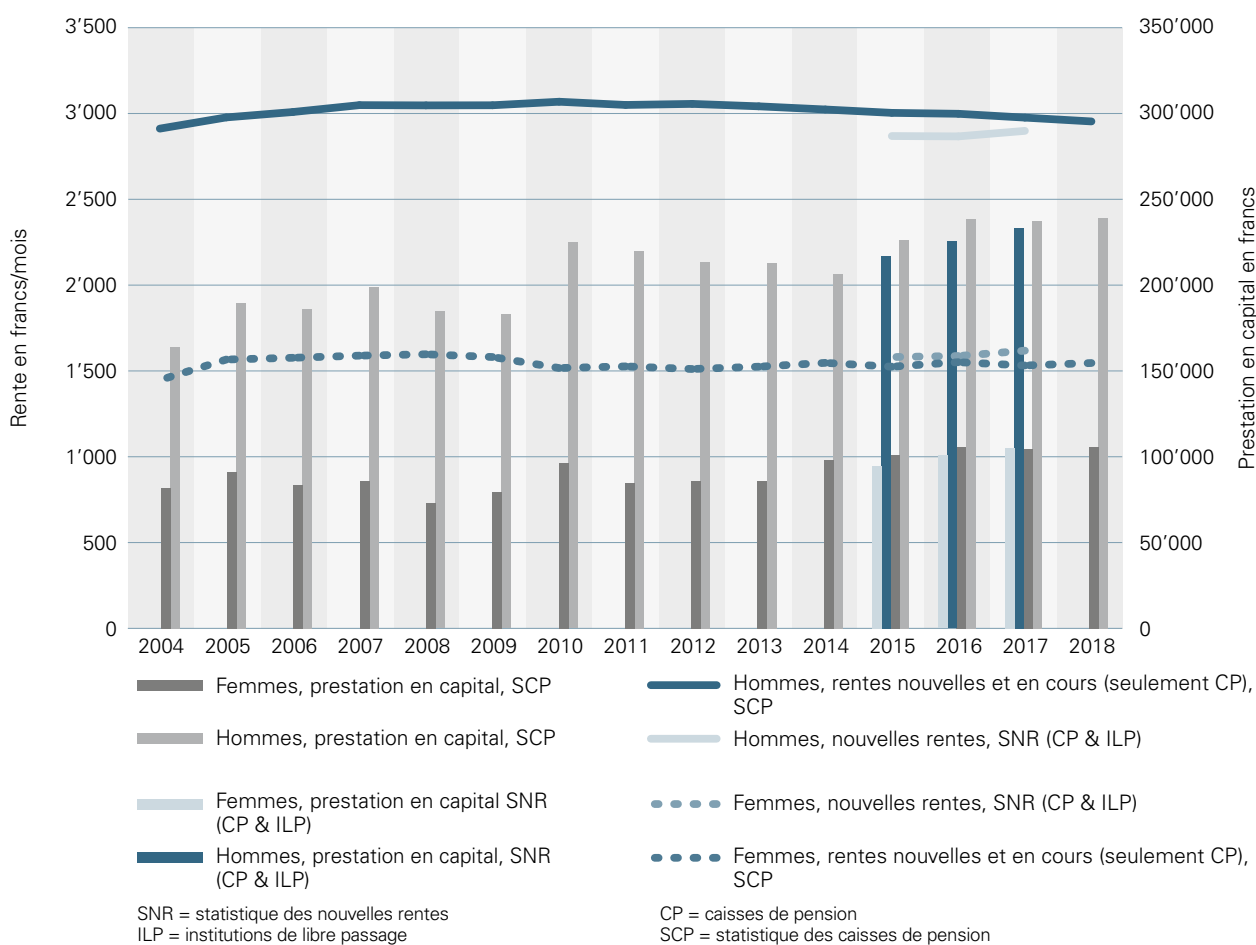
Le capital financier constitué dans le cadre de la PP comprend les 865,2 milliards de francs mentionnés précédemment, qui sont placés par les institutions de prévoyance. Les assureurs privés – qui s'occupent totalement ou en partie de la PP pour de nombreux assurés – gèrent quant à eux un capital

financier de 207,5 milliards de francs. Ce chiffre englobe les polices de libre passage, d'un montant de 6,7 milliards de francs. S'ajoutent encore à cela le capital financier qui repose sur les comptes de libre passage (48,0 milliards de francs) et les moyens investis dans le cadre de l'encouragement à la propriété du logement (estimés à 42 milliards de francs). Fin 2018, le capital constitué dans le cadre de la PP totalisait ainsi 1163 milliards de francs, soit plus d'un billion de francs.

## Évolution des rentes<sup>1</sup>

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 2015. 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 socio-démographiques (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.

<sup>1</sup> Les chiffres de 2018 n'étaient pas encore disponibles au moment de la rédaction du rapport.

## PP Prévoyance professionnelle

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 inférieures aux rentes en cours (ce n'est pas le cas pour les femmes). Cela peut s'expliquer par l'évolution du capital de prévoyance : 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

#### Taux d'intérêt minimal

Le 6 novembre 2019, 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 2019, qui ne justifiaient pas une baisse de ce taux. D'autre part, la faiblesse des taux d'intérêt sur le marché des capitaux s'oppose à un relèvement du taux.

#### Modifications des ordonnances dans le cadre de la prévoyance professionnelle

Le 6 décembre 2019, le Conseil fédéral a ouvert une procédure de consultation concernant les modifications des ordonnances sur la prévoyance professionnelle. Ces modifications concernent l'ordonnance sur le libre passage (OLP), l'ordonnance sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité (OPP 2), ainsi que l'ordonnance sur les déductions admises fiscalement pour les cotisations versées à des formes reconnues de prévoyance (OPP 3).

Ces trois ordonnances doivent être modifiées de manière sélective afin d'adapter certains articles à l'évolution actuelle du taux d'intérêt technique, de la mortalité et de l'invalidité. D'autres modifications d'ordonnances sont également proposées. Elles sont en partie souhaitées par des interventions parlementaires :

- Postulat 13.3813 Weibel « Autoriser les reports du pilier 3a même après l'âge de 59/60 ans »
- Interpellation 18.3405 Dittli « Comment se fait-il qu'un meurtrier reçoive les prestations en capital des deuxième et troisième piliers de sa victime ? ».

- Motion 15.3905 Weibel « Rendre les placements dans les infrastructures plus attrayants pour les caisses de pension ».

Les modifications d'ordonnances proposées devraient entrer en vigueur durant le dernier trimestre 2020.

### **Modernisation de la surveillance**

Des informations au sujet de cette réforme se trouvent à la page 15 du présent rapport.

### **Réforme des PC**

Des informations au sujet de cette réforme se trouvent à la page 45 du présent rapport.

### **AVS 21**

Des informations au sujet de cette réforme se trouvent à la page 29 du présent rapport.

### **Réforme de la prévoyance professionnelle**

L'objectif de cette réforme est d'adapter la prévoyance professionnelle aux défis démographique et économique actuels tout en conservant le niveau des rentes. Elle doit permettre d'assurer les rentes, de renforcer le financement et d'améliorer la couverture des personnes travaillant à temps partiel. Le 2 juillet 2019, les syndicats et l'Union patronale suisse ont présenté une proposition de révision du 2e pilier. Sur cette base, le Conseil fédéral a mis en consultation un projet dont les grandes lignes sont les suivantes :

- le taux de conversion minimal sera abaissé de 6,8 à 6,0 % ;
- pour compenser la baisse de rentes qui en découle, les futurs bénéficiaires de rentes de vieillesse et d'invalidité toucheront un supplément de rente mensuel, qui fera l'objet d'un financement paritaire par des prélèvements sur les salaires ;
- la déduction de coordination passera de 24885 à 12443 francs ;

- la progression des bonifications de vieillesse sera moins marquée.

En raison de la situation extraordinaire provoquée par le coronavirus, le délai pour la consultation a été prolongé jusqu'au 29 mai 2020.

À l'issue de la consultation, le Conseil fédéral mènera des discussions et décidera de la suite à donner au projet compte tenu des résultats de la procédure.

# AMal Assurance-maladie<sup>1</sup>

Dernières données disponibles : 2018

## 1 Chiffres clés actuels de l'AMal

<b>Recettes 2018</b>	<b>31'116 mio de fr.</b>
<b>Dépenses 2018</b>	<b>30'045 mio de fr.</b>
<b>Résultat 2018</b>	<b>1'071 mio de fr.</b>
<b>Réserves</b> (capital-actions compris) 2018	<b>8'275 mio de fr.</b>

<b>Primes 2020</b> (par mois)	
<b>Prime moyenne AOS pour un adulte</b>	<b>315 fr.</b>
<b>Prime moyenne cantonale pour adulte la plus basse / la plus élevée</b>	<b>266 fr. à 483 fr.</b>

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.

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

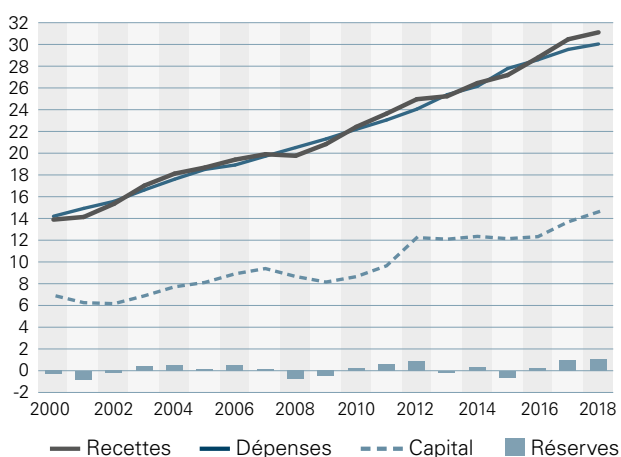
Les comptes 2018 de l'AMal se soldent par un résultat d'exploitation positif de 1071 millions de francs.

### Évolution en 2018

En 2018, l'augmentation des dépenses (1,7 %), plus faible que celle des recettes (2,1 %), a de nouveau abouti à un résultat d'exploitation positif, de 1071 millions de francs. La prime moyenne a augmenté de 3,6 %. Côté dépenses, les prestations payées ont diminué de 0,1 %. Les dépenses ont été affectées à des prestations d'assurance sociale à raison de 94,0 %.

Depuis l'entrée en vigueur de la LAMal en 1996, l'attention se focalise sur les primes. Pour 2020, la prime moyenne a augmenté de 0,2 %, après avoir connu de fortes hausses entre 2015 et 2018 (de 4 % par année). Auparavant, les progressions 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 1997 à 2020, la variation annuelle a été de 3,8 % en moyenne.

## 2 Recettes, dépenses, résultat et réserves de l'AMal de 2000 à 2018, en milliards de francs

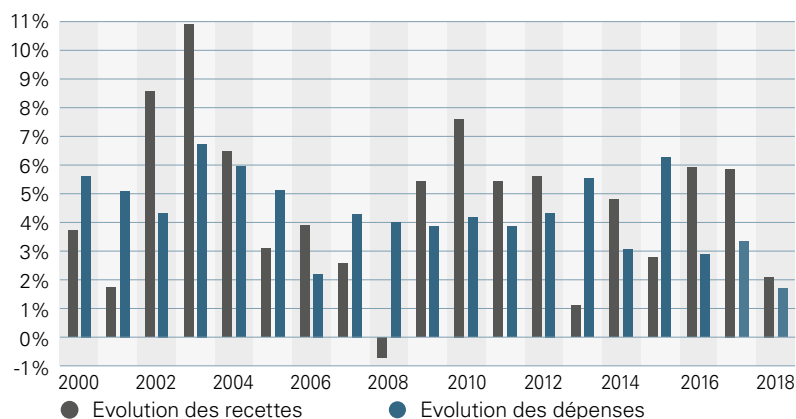


Le fait que les recettes et les dépenses de l'AMal suivent une courbe presque identique reflète le mode de financement de l'assurance (par répartition).

En 2018, 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 14,6 milliards de francs.

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

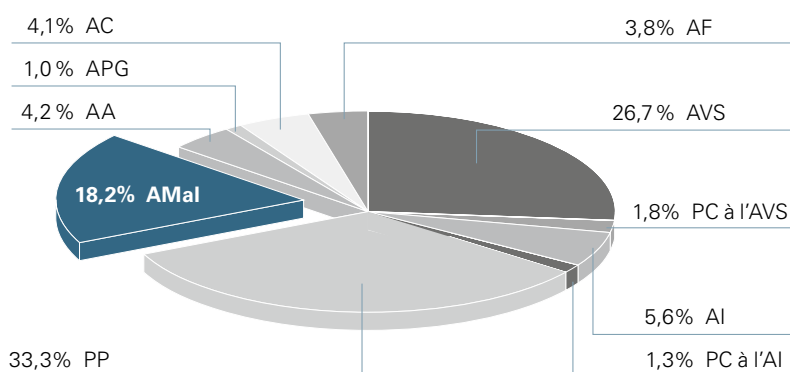
### 3 Evolution des recettes et des dépenses de l'AMal de 2000 à 2018



Malgré le recul du produit des placements en 2018 (-144,0 %), la hausse des recettes provenant des primes (4,2 %) s'est traduite par une progression des recettes de 2,1 %.

L'augmentation des dépenses a été de 1,7 % en 2018, 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 %.

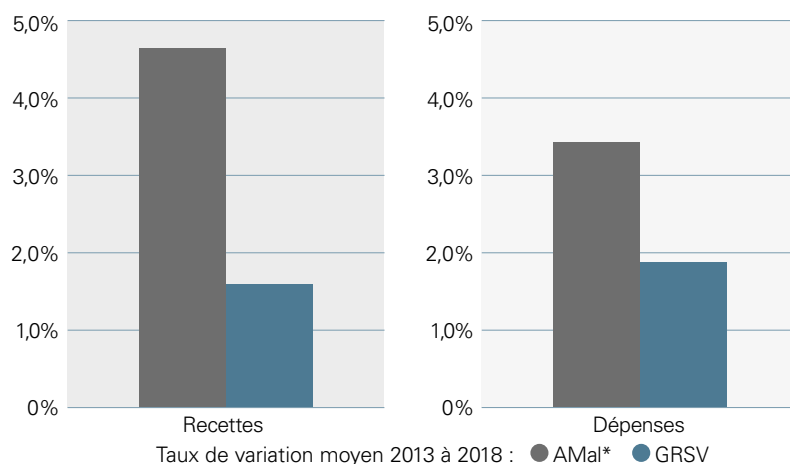
### 4 L'AMal dans le CGAS 2018



#### Dépenses 2018 : 164,4 mia fr.

À l'aune des dépenses, l'AMal vient en troisième position des assurances sociales, avec 18,2 %. Les dépenses ont été affectées à des prestations d'assurance sociale à raison de 94,0 %,

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



**Recettes de 2013 à 2018:** Le taux de croissance des recettes de l'AMal (4,7 %) a été nettement supérieur à celui des recettes du CGAS (1,6 %). Les recettes de l'AMal dépendent des primes moyennes, qui ont augmenté de 3,8 % durant cette période.

**Dépenses de 2013 à 2018 :** Le taux d'accroissement des dépenses de l'AMal, de 3,4 %, a été nettement supérieur à celui des dépenses du CGAS (1,9 %). 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 2018, en millions de francs

	2018	Variation 2017/2018
<b>Total des recettes</b>	<b>31'116</b>	2,1%
Primes à recevoir	31'597	4,4%
Remises sur les primes	-178	-16,6%
Réduction des primes	-4'726	-5,3%
Parts des primes des réassureurs	-7	32,6%
Contributions de la Confédération et des cantons	4'726	5,3%
Résultat non technique <sup>1</sup> et autres contributions	-296	-179,1%
<b>Total des dépenses</b>	<b>30'045</b>	1,7%
Prestations payées	28'056	0,5%
Part des prestations des réassureurs, autres charges d'assurance <sup>2</sup>	97	6,0%
Variation des provisions pour correction des primes	0	139,5%
Compensation des risques	233	246,3%
Compensation des primes encaissées en trop	158	895,7%
Variation des provisions pour cas d'assurance non liquidés	77	-67,9%
Frais d'administration <sup>3</sup>	1'424	-0,8%
<b>Résultat d'exploitation</b>	<b>1'071</b>	15,0%
<b>Capital</b>	<b>14'612</b>	6,7%
dont réserves (capital-actions compris)	8'275	14,9%

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 2020 (parution fin 2020), OFAS et [www.ofas.admin.ch](http://www.ofas.admin.ch)

**Chiffres relatifs à la structure de l'AMal**

	2017	2018
Assureurs LAMal (proposant l'AOS)	52	51
<b>Nombre d'assurés</b>	<b>8'431'891</b>	<b>8'495'463</b>
– avec franchise ordinaire	1'574'145	1'481'858
– avec franchise à option	984'433	910'416
– avec assurance avec bonus	3'937	3'782
– avec choix limité des fournisseurs de prestations	5'869'376	6'099'407
<b>Nombre d'assurés mis aux poursuites</b>	<b>412'991</b>	<b>421'132</b>
– pour des primes d'un montant total de (en mio fr.)	842	895
<b>Nombre d'assurés sanctionnés par une suspension des prestations</b>	<b>25'780</b>	<b>28'345</b>
– pour des primes d'un montant total de (en mio fr.)	60	81
<b>Nombre d'assurés au bénéfice d'une réduction de primes</b>	<b>2'217'239</b>	<b>2'219'531</b>
<b>Montant total des réductions de primes</b> (en mio fr.)	<b>4'489</b>	<b>4'726</b>

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

**Réformes****Mesures de maîtrise des coûts**

En mars 2018, le Conseil fédéral a adopté un programme de maîtrise des coûts, basé sur le rapport d'experts intitulé « Mesures visant à freiner la hausse des coûts dans l'assurance obligatoire des soins ». Il a chargé le DFI d'examiner les nouvelles mesures et de les appliquer en deux volets et par étapes. Un premier volet a été élaboré dès 2018. La consultation relative au projet de révision partielle de la LAMal « Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1<sup>er</sup> volet » a été menée de septembre à décembre 2018. Après l'évaluation des résultats de la procédure de consultation, le Conseil fédéral a approuvé le message correspondant en date du 21 août 2019. Le projet de loi propose notamment l'introduction d'un article autorisant des projets pilotes, le renforcement du contrôle des factures par les assureurs et les assurés, un système de prix de référence pour les médicaments dont le brevet est échu ainsi qu'une réglementation dans le domaine

des tarifs et de la gestion des coûts. En cours de préparation, le second volet sera axé sur l'instauration d'un objectif de maîtrise des coûts dans l'assurance obligatoire des soins, le renforcement des soins coordonnés et d'autres mesures visant à réduire les coûts dans le domaine des médicaments.

**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 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. En décembre 2019, celui-ci a approuvé la version 9.0, dernière en date, ainsi qu'une convention tarifaire concernant le

## AMal Assurance-maladie

remboursement de traitements innovants contre le cancer et le forfait par cas pour SwissDRG SA. En septembre 2019, le Conseil fédéral avait adopté une mise à jour du rapport sur la planification de la médecine hautement spécialisée. Une modification de l'ordonnance sur l'assurance-maladie a été préparée aux fins du développement des critères de planification hospitalière et de la détermination de principes pour le calcul des tarifs. Le 12 février 2020, le Conseil fédéral a à cet égard ouvert la consultation sur la modification de l'OAMal dans le domaine de la planification des hôpitaux, des maisons de naissance et des établissements médico-sociaux ainsi que du calcul des tarifs dans des modèles de rémunération de type DRG (*diagnosis related groups*).

### **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. Le rapport final de l'évaluation, accompagné d'autres rapports consacrés à la transparence et à l'efficacité des budgets globaux, a été soumis au Conseil fédéral en juillet 2019. Il montre que les règles du financement hospitalier ont dans l'ensemble atteint leurs objectifs. Un renforcement de la concurrence et de la transparence des coûts a en effet incité les hôpitaux à travailler de façon plus efficiente. Le Conseil fédéral a chargé le DFI de combler les lacunes mises en évidence dans l'évaluation, et cela en collaboration avec les cantons, les fournisseurs de prestations et les assureurs-maladie. Il a identifié quatre champs d'action : le renforcement de la collaboration intercantonale en matière de planification hospitalière, l'amélioration de la transparence des coûts, le développement des mesures de qualité et le renforcement de la position de l'assuré, par exemple dans le contexte

du libre-choix de l'hôpital. La modification susmentionnée de l'OAMal dans le domaine de la planification des hôpitaux, des maisons de naissance et des établissements médico-sociaux ainsi que du calcul des tarifs dans des modèles de rémunération de type DRG reprend une partie de ces points. Les études réalisées peuvent être consultées à l'adresse : [www.ofsp.admin.ch](http://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**

Entré en vigueur en 2011, le nouveau régime de financement des soins 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. L'évaluation menée 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. Cette concertation a été lancée et une feuille de route a été établie. Ce rapport est disponible à l'adresse : [www.ofsp.admin.ch](http://www.ofsp.admin.ch) > L'OFSP > Publications > Rapports d'évaluation > Assurance maladie et accidents.

### **Rémunération du matériel de soins**

Le nouveau régime de financement des soins a donné lieu à une controverse sur le financement du matériel de soins utilisé par le personnel soignant. En réponse à la motion 18.3710, le Conseil fédéral a préparé une modification de la LAMal à cet effet, qu'il a mise en consultation le 6 décembre 2019. Le projet vise à supprimer la distinction en matière

de rémunération entre le matériel de soins utilisé par le patient lui-même ou avec l'aide d'un intervenant non professionnel et celui utilisé par le personnel soignant, par l'ajout d'un financement séparé des moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques pour les soins visés à l'art. 25a, al. 1 et 2, LAMal.

### **Admission des fournisseurs de prestations dans le secteur ambulatoire**

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 9 mai 2018, le Conseil fédéral a soumis au Parlement le message concernant une modification de la LAMal (admission des fournisseurs de prestations). Afin d'assurer une transition sans encombre entre les actuelles dispositions temporaires et le nouveau régime d'admission, une nouvelle réglementation est requise pour le 1<sup>er</sup> juillet 2021. Les débats parlementaires sont toujours en cours.

### **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 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<sup>er</sup> 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, mettre en place une structure tarifaire plus appropriée et réduire les incitations indésirables. Depuis le début 2018, les effets et la

mise en œuvre des adaptations de TARMED ont été évalués en collaboration avec les partenaires tarifaires dans le cadre d'un monitoring. Les résultats du monitoring réalisé en 2018, qui ont été soumis au Conseil fédéral en 2019, ont permis de constater que les prestations TARMED facturées à l'assurance obligatoire des soins durant l'année sous revue avaient diminué de 119 millions de francs par rapport à 2017 et, partant, que l'objectif avait été atteint. Le monitoring de l'année 2018 est cependant à interpréter avec précaution, et les pratiques en matière de facturation doivent continuer de faire l'objet d'un suivi. Le Conseil fédéral sera informé de l'évolution des coûts facturés sur la base de la structure tarifaire TARMED d'ici la fin 2021.

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<sup>er</sup> janvier 2018 sans structure tarifaire convenue. Basée sur la version alors encore en vigueur, cette structure tarifaire a été légèrement ajustée. Les adaptations améliorent la transparence et réduisent les incitations inopportunes. Dans les deux cas, il s'agit d'une solution transitoire. L'OFSP rencontre régulièrement les partenaires tarifaires à ce sujet.

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

La modification de la LAMal (renforcement de la qualité et de l'économicité) a été adoptée par le Parlement le 21 juin 2019. Elle s'articule autour des trois grandes lignes suivantes :

- Le Conseil fédéral fixe tous les quatre ans les objectifs à atteindre en matière de garantie et de promotion de la qualité des prestations (développement de la qualité).
- Le Conseil fédéral institue une commission (Commission fédérale pour la qualité), dont il nomme les membres, en veillant à une re-

## AMal Assurance-maladie

présentation adéquate des différents acteurs concernés. La Commission fédérale pour la qualité est responsable de la mise en œuvre et de la réalisation des objectifs annuels et quadriennaux fixés par le Conseil fédéral et fournit des conseils en matière de coordination aux acteurs impliqués. Elle est habilitée à mandater des tiers compétents en vue d'effectuer diverses activités promouvant la qualité (réalisation des programmes nationaux de développement de la qualité ou élaboration de nouveaux indicateurs de qualité et développement des indicateurs existants) et à les rémunérer à cet effet. Elle peut également soutenir des projets nationaux ou régionaux de développement de la qualité.

- Les fédérations des fournisseurs de prestations et celles des assureurs concluent des conventions relatives au développement de la qualité (conventions de qualité), valables pour l'ensemble du territoire suisse, qui doivent être approuvées par le Conseil fédéral.

En outre, le Conseil fédéral a accordé des fonds supplémentaires pour le soutien financier aux programmes pilotes nationaux « progress! » de 2018 à 2020. Ces programmes ont été menés par la fondation Sécurité des patients Suisse. 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

Afin de soutenir les personnes souffrant d'une maladie rare et leurs proches ainsi qu'en réponse aux postulats 10.4055 « Une stratégie nationale pour améliorer la situation médicale des personnes souffrant de maladies rares » et 11.4025 « Commission

pour les cas extrêmes en matière de santé », le Conseil fédéral a adopté le « concept national maladies rares » le 15 octobre 2014. Celui-ci suit les priorités en matière de politique de la santé de la stratégie « Santé2020 » du Conseil fédéral. En collaboration avec les cantons et d'autres acteurs principaux, le DFI a élaboré un plan de mise en œuvre pour le concept national maladies rares, que le Conseil fédéral a adopté le 13 mai 2015.

Les principaux objectifs de cette stratégie 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.

Il était initialement prévu de mettre en œuvre cette stratégie jusqu'à la fin 2017. Ce délai n'a pas pu être tenu, car la mesure centrale consistant en la création de centres de référence et de réseaux de soins a nécessité deux années de travail supplémentaires. La mise en œuvre a par conséquent été prolongée de deux ans, jusqu'au 31 décembre 2019. L'OFSP continuera d'accompagner au-delà de 2020 les mesures qui n'auront pas été achevées.

### Health Technology Assessment (HTA)

L'art. 32 LAMal prescrit que les prestations qui sont prises en charge par l'AOS doivent être efficaces, appropriées et économiques (critères EAE), et être réexaminées périodiquement à la lumière de ces critères. Le programme HTA 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 »). De 2018 à la fin 2019, des mandats ont été attribués pour l'établissement de douze rapports HTA complets et deux rapports succincts. En

2019, trois rapports HTA ont été achevés, dont un relatif à la phase pilote. Onze nouveaux thèmes ont été retenus par le DFI en vue d'une HTA en 2019.

### **Mesures dans le domaine des médicaments**

Sur la période 2017-2019, un tiers des médicaments figurant dans la liste des spécialités ont chaque année été réexaminés à l'aune des bases juridiques modifiées, lesquelles prévoient un réexamen de toutes les conditions d'admission ainsi qu'un examen de l'économicité fondé sur la comparaison des prix pratiqués à l'étranger et la comparaison thérapeutique. Les réexamens effectués ont permis de réaliser des économies en faveur de l'AOS à hauteur de plus de 450 millions de francs. Dans le domaine des médicaments dont le brevet est échu, le Conseil fédéral a chargé le DFI de préparer l'introduction d'un système de prix de référence afin d'encourager la remise de génériques et de biosimilaires ainsi que de réduire les coûts à charge de l'AOS. Le Conseil fédéral a présenté la modification de la LAMal nécessaire à cet égard dans le cadre du message précité du 21 août 2019 (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1<sup>er</sup> volet).

### **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, sur cette base, 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 l'été 2020, en accordant la priorité aux groupes de produits pour lesquels la nécessité d'intervenir est la plus grande.

### **Mesures dans le domaine de la liste des analyses (LA)**

La liste des analyses (LA) règle le remboursement par l'AOS des analyses de laboratoire réalisées en cas de traitement ambulatoire ; sa dernière révision totale date de 2009. Au regard des progrès rapides de la médecine de laboratoire, une révision de son contenu portant sur plus de 1500 positions a été entreprise en 2016. Cette révision visait en premier lieu à supprimer de la LA les positions obsolètes ou faisant l'objet de plusieurs tarifications ainsi qu'à adapter les analyses en fonction des connaissances scientifiques et des techniques de laboratoire actuelles. Le chapitre consacré à la génétique médicale a en outre été entièrement remanié et restructuré. La nouvelle liste des analyses sera publiée au printemps 2020 et entrera en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2021.

### **Ordonnance du DFI sur la mise en œuvre de la compensation des risques dans l'assurance-maladie (OCoR-DFI; RS 832.112.11) et liste des PCG**

Le 14 octobre 2019, le DFI a édicté l'ordonnance sur la mise en œuvre de la compensation des risques dans l'assurance-maladie (OCoR-DFI) avec, en annexe, la liste des groupes de coûts pharmaceutiques (liste des PCG) conformément à l'art. 4 OCoR. Dans cette ordonnance, il a notamment défini des hiérarchisations des PCG, le nombre minimal de doses quotidiennes de médicaments nécessaire à l'attribution à un PCG et les modalités de calcul du facteur de renchérissement des coûts. Les avancées de la médecine entraînant constamment de nombreuses modifications dans la liste des spécialités, la liste des PCG sera actualisée avant le calcul de la compensation des risques 2020 en ce qui concerne les médicaments et leurs substances actives. La liste des PCG est uniquement publiée au format électronique sur le site Internet de l'OFSP.

## AMal Assurance-maladie

### **Ordonnance sur la réduction des primes dans l'assurance-maladie en faveur des rentiers qui résident dans un État membre de la Communauté européenne, en Islande et en Norvège (ORPMCE ; RS 832.112.5)**

La révision de l'ordonnance précitée est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2020. Tout d'abord, une adaptation terminologique a été nécessaire : l'expression « Communauté européenne » a été remplacée par « Union européenne ». Par conséquent, l'abréviation de l'ordonnance a aussi été modifiée (ORPMUE). Afin de garantir une information plus transparente aux bénéficiaires potentiels, le calcul du revenu donnant droit aux réductions de primes a été précisé et certaines déductions ont été expressément mentionnées. Cette modification correspond à la pratique actuelle de l'IC LAMal, qui est chargée d'effectuer les réductions de primes. Par ailleurs, le cours de conversion de l'Administration fédérale des douanes sera dorénavant appliqué pour calculer en francs suisses la fortune et le revenu pris en compte des bénéficiaires de réductions de primes. Les dispositions concernant le début et la fin du droit aux réductions de primes ont également dû être modifiées suite à un arrêt du Tribunal fédéral sur la divisibilité de la prime d'assurance-maladie (arrêt du TF 9C\_268/2015). Il a de plus été précisé que, dans ces cas, l'IC LAMal calcule au jour près le montant des réductions de primes et le communiqué à l'assureur et à l'assuré. En outre, l'article relatif à la restitution des réductions de primes indûment perçues a été modifié. Il indique désormais que l'assureur doit rembourser à l'IC LAMal la réduction de primes reçue indûment par l'assuré. Dans la majorité des cas de restitution (décès du bénéficiaire ou transfert de son domicile en Suisse ou hors de l'UE), l'assureur dispose encore du montant à restituer et la restitution peut se faire aisément.

### **Ordonnance du DFI sur les réserves**

dans l'assurance-maladie sociale (ORe-DFI, RS 832.102.15)

Le 6 septembre 2019, le DFI a modifié l'ORe-DFI au 1<sup>er</sup> janvier 2020. Dans ce cadre, il a procédé à la modification du formulaire électronique pour le calcul du niveau minimal des réserves (test de solvabilité) dans plusieurs domaines (scénarios, réassurance, compensation des risques, risque de marché). Les fédérations des assureurs ont approuvé cette révision sur le fond.

### **Régions de primes : modifications au 1<sup>er</sup> janvier 2020 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<sup>er</sup> janvier 2020. 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 2019 ou au 1<sup>er</sup> janvier 2020

## 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 est mis en consultation en 2020. Celui-ci comprend notamment des mesures dans le domaine des médicaments, l'introduction d'un objectif de maîtrise des coûts de l'AOS, la mise en place d'un premier centre de conseil en matière de santé et le renforcement des soins coordonnés. 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. Le Parlement débat du premier volet législatif à la suite de l'adoption le 21 août 2019 par le Conseil fédéral du message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1<sup>er</sup> volet).

### Modification de la LAMal concernant la rémunération du matériel de soins

Le Conseil fédéral prendra connaissance des résultats de la consultation au premier semestre 2020 et adoptera le message concernant la modification de la LAMal (rémunération du matériel de soins). Les moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques utilisés par le personnel soignant pour les soins visés à l'art. 25a, al. 1 et 2, LAMal devront ainsi être rémunérés uniquement par l'AOS.

### Mise en œuvre de la modification de la LAMal concernant le renforcement de la qualité et de l'économicité

Le 21 juin 2019, les Chambres fédérales ont approuvé la modification de la LAMal concernant le renforcement de la qualité et de l'économicité, qui devrait entrer en vigueur en 2021. L'instauration de la Commission fédérale pour la qualité et la mise en œuvre de la modification de la LAMal requièrent une modi-

fication de l'OAMal. La procédure de consultation a été lancée au premier semestre 2020.

### Modification de la LAMal concernant le financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires

L'initiative parlementaire Humbel 09.528 « Financement moniste des prestations de soins » demande que toutes les prestations stationnaires et ambulatoires soient financées par les assureurs-maladie. Les moyens publics doivent ainsi être utilisés d'autres manières pour financer le système de santé. Se fondant sur l'initiative parlementaire, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N) a élaboré un projet de modification de la LAMal, qu'elle a adopté le 5 avril 2019. Le 14 août 2019, le Conseil fédéral s'est prononcé sur le projet et l'a accueilli favorablement. Il a estimé qu'un financement uniforme peut contribuer à encourager la coordination des soins et le transfert de prestations du secteur stationnaire vers le secteur ambulatoire. Ce modèle de financement garantit en outre que la part des prestations LAMal financées par les recettes fiscales ne va pas diminuer. Un tel changement du financement devrait cependant être réalisé en concertation avec les cantons, et le projet nécessite encore des adaptations dans l'intérêt de ceux-ci. Le 26 septembre 2019, le Conseil national a adopté le projet de la CSSS-N sans modification.

Le projet prévoit un financement uniforme de toutes les prestations LAMal, à l'exception des soins (organisations de soins à domicile, établissements médico-sociaux). Les assureurs prennent en charge l'ensemble des coûts des prestations fournies et perçoivent en contrepartie une contribution cantonale d'environ 25 % de leurs prestations nettes (c'est-à-dire sans la participation des assurés aux coûts). La répartition de la contribution cantonale



entre les assureurs est effectuée par l'Institution commune. Étant donné qu'ils ne cofinancent plus directement les prestations stationnaires, les cantons sont déchargés du contrôle des factures. Le pourcentage de la contribution cantonale a été fixé de façon à ce que le passage du système actuel (cofinancement par les cantons de 55 % des coûts des prestations stationnaires) à un financement uniforme n'ait pas d'incidence sur le budget des assureurs et des cantons.

S'agissant des soins (soins ambulatoires, établissements médico-sociaux), le système actuel fondé sur des contributions de l'AOS doit dans un premier temps être maintenu. Lors d'une deuxième étape toutefois, et dès que les bases nécessaires à cet effet seront établies, ils pourraient être inclus dans le financement uniforme. La CSSS-N a par conséquent adopté son postulat 19.3002 « Soins et financement uniforme de prestations stationnaires et ambulatoires », lequel charge le Conseil fédéral d'examiner cette possibilité conjointement avec la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) et les associations de fournisseurs de prestations et d'assureurs.

La CSSS du Conseil des États (CSSS-E) est entrée en matière, lors de sa séance du 12 février 2020, sur le projet « Financement uniforme des prestations ambulatoires et des prestations avec hospitalisation » (iv. pa. 09.528). Elle a chargé l'administration d'apporter tous les éclaircissements nécessaires afin de pouvoir s'appuyer sur des bases solides lors de son examen du projet (en octobre prochain probablement).

#### **Rapport du Conseil fédéral en réponse au postulat 173880 Humbel du 29 septembre 2017**

Le 15 décembre 2017, le Conseil national a adopté le postulat « Réduction des primes de l'assurance-maladie. Contrôle du financement », qui charge le Conseil fédéral d'élaborer des propositions sur la manière de rendre plus efficace et plus équilibré

le financement par la Confédération et les cantons de la réduction des primes individuelles de l'assurance-maladie obligatoire. Le Conseil fédéral devrait adopter le rapport en 2020.

#### **Initiative populaire fédérale « Maximum 10 % du revenu pour les primes d'assurance-maladie (initiative d'allègement des primes) »**

Le 23 janvier 2020, le Parti socialiste suisse a déposé l'initiative populaire « Maximum 10 % du revenu pour les primes d'assurance-maladie (initiative d'allègement des primes) », laquelle prévoit que la réduction des primes soit financée à raison d'au moins deux tiers par la Confédération et du reste par les cantons.

#### **Réglementation de l'activité des intermédiaires d'assurance**

En adoptant la motion 18.4091 (Caisses-maladie : réglementation contraignante des commissions versées aux intermédiaires, sanctions et garantie de la qualité), le Parlement a chargé le Conseil fédéral de présenter un projet d'acte visant à permettre à ce dernier de déclarer obligatoires, pour l'assurance obligatoire des soins et pour l'assurance-maladie complémentaire, certains points de l'accord des assureurs et de prévoir des sanctions en cas de non-respect. Le 13 mai 2020, le Conseil fédéral a envoyé en consultation un projet de modification de la loi sur la surveillance de l'assurance-maladie (LSAMal ; RS 832.12) et de la loi sur la surveillance des assurances (LSA ; RS 961.01). Selon les modifications prévues, le Conseil fédéral reçoit la compétence de déclarer obligatoires les points de l'accord des assureurs concernant l'interdiction du démarchage téléphonique à froid, la formation et l'indemnisation des intermédiaires ainsi que l'établissement et la signature d'un procès-verbal d'entretien avec les clients. Les deux autorités de surveillance (l'Office fédéral de la santé publique pour l'assurance-maladie sociale et la FINMA pour l'as-

assurance-maladie complémentaire) peuvent ordonner des mesures si un assureur enfreint l'accord. Le non-respect de l'accord constitue également une infraction qui peut être poursuivie sur le plan pénal.

### **Coûts des certificats médicaux**

La conseillère nationale Ruth Humbel a déposé un postulat 13.3224 (Décharger l'assurance-maladie de coûts injustifiés) chargeant le Conseil fédéral de déterminer dans quelle mesure l'assurance obligatoire des soins assume des coûts liés principalement à la délivrance de certificats médicaux. Comme l'employeur a le droit d'exiger une attestation médicale dès le premier jour d'incapacité de travail, Mme Humbel estime que cette situation engendre chaque année des coûts inutiles pour l'assurance obligatoire des soins. Elle demande au Conseil fédéral de déterminer quelles bases légales adapter pour les éviter. Le rapport du Conseil fédéral est en cours de rédaction et il est prévu qu'il soit adopté au cours du deuxième semestre 2020.

### **Protection des données des patients et protection des assurés**

En 2008, le postulat Heim (08.3493 « Protection des données des patients et protection des assurés ») a chargé le Conseil fédéral de présenter dans un rapport les mesures prévues pour lutter contre la discrimination dont sont victimes certains groupes de patients du fait des nouveaux modèles d'assurance et pour garantir la protection des données relatives aux patients chez les assureurs.

Le rapport du Conseil fédéral du 18 décembre 2013 en réponse au postulat Heim a dressé un état des lieux exhaustif de la situation. D'autres questions subsistant, l'OFSP a été chargé d'établir un nouveau rapport dans les trois à cinq années suivantes. Le rapport complémentaire est en cours d'élaboration et devrait être soumis au Conseil fédéral à l'automne 2020 au plus tard.

# AA Assurance-accidents

Dernières données disponibles : 2018

## 1 Chiffres actuels de l'AA

<b>Recettes 2018</b> (y c. variations de valeur du capital)	<b>13'577 mio de fr.</b>
<b>Dépenses 2018</b>	<b>6'986 mio de fr.</b>
<b>Résultat 2018</b>	<b>6'591 mio de fr.</b>
<b>Compte de capital 2018</b>	<b>62'085 mio de fr.</b>
<b>Cotisations 2020 du gain assuré</b>	
<b>Accidents non professionnels (ANP)</b> 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.
<b>Accidents et maladies prof. (AP)</b> Payées principalement par les employeurs	
<b>Gain maximal assuré</b>	<b>148'200 fr./an</b>
<b>Prestations 2020</b>	
<b>Soins et remboursement de frais</b>	Selon le cas
<b>Prestations en espèces du gain assuré :</b>	
<b>Indemnité journalière :</b> incapacité de travail totale incapacité de travail partielle	<b>80%</b> réduite en proportion
<b>Rente d'invalidité :</b> invalidité complète invalidité partielle	<b>80%</b> réduite en proportion

En 2018, le capital de l'AA a continué d'augmenter pour s'établir à 62 085 millions de francs, ce qui représente un nouveau record.

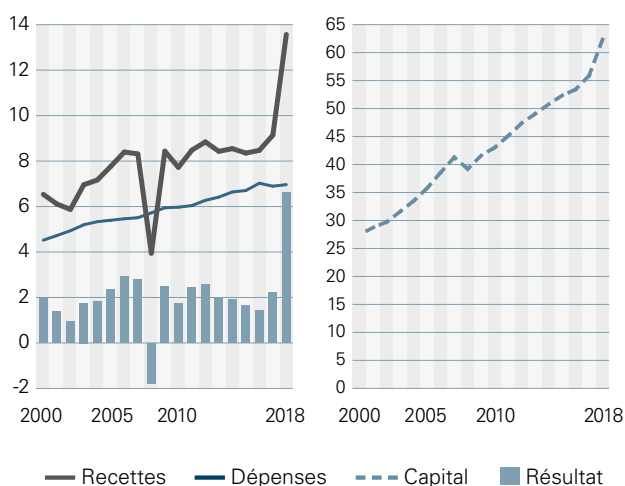
### Évolution en 2018

Les recettes de l'AA ont enregistré une hausse nettement plus marquée que les dépenses. Le résultat des comptes a ainsi augmenté de 194,4 % en 2018, pour atteindre 6591 millions de francs.

Les recettes, elles, ont crû de 48,3 % et se chiffrent à 13577 millions de francs. Le produit des placements (produit courant du capital et variation de valeur du capital) a connu une très nette progression de 159,3 % grâce à la réévaluation des placements de la Suva, qui a entraîné des dissolutions de réserves latentes. Les dépenses, de leur côté, ont augmenté de 1,0 %, s'établissant à 6986 millions de francs. Si le nombre d'accidents déclarés a augmenté (+2,7 %), l'effectif des bénéficiaires de rente a encore diminué (-1,4 %). Les dépenses ont été affectées à raison de 28,9 % à des frais de traitement, de 29,2 % à des indemnités journalières et de 27,7 % à des rentes et à des prestations en capital.

En 2018, l'AA était gérée par la Suva (principal assureur) et par 28 autres assureurs. Pendant l'année, 273675 cas d'accidents et maladies professionnels et 565017 cas d'accidents non professionnels ont été déclarés.

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

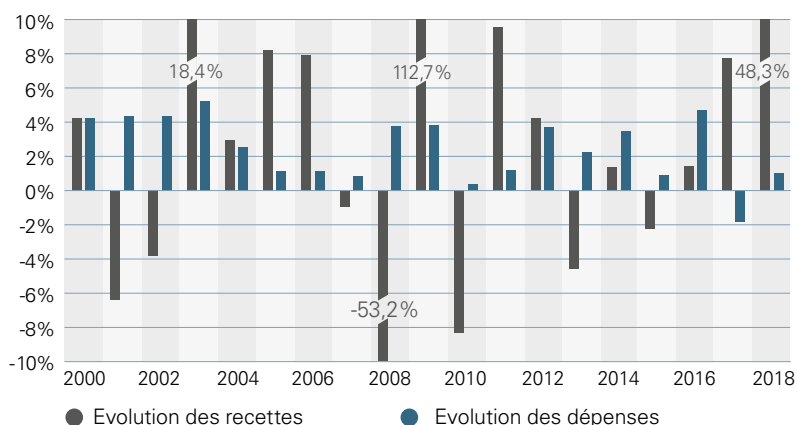


Les recettes calculées avec les variations de valeur du capital ont toujours été supérieures aux dépenses, sauf en 2008. Elles consistent pour l'essentiel en cotisations des assurés. Les principales composantes des dépenses sont les prestations à court terme (frais de traitement et indemnités journalières ; 2018 : 4,1 milliards de francs) et les prestations de longue durée (rentes et prestations en capital ; 2018 : 1,9 milliard de francs).

Les résultats positifs du compte permettent d'accumuler du capital (2018 : 62,1 milliards de francs) sous forme de provisions (système de répartition des capitaux de couverture). L'augmentation du capital observée en 2018 découle essentiellement de la dissolution des réserves latentes pour la Suva. La diminution du capital en 2008 est une conséquence de la crise financière.

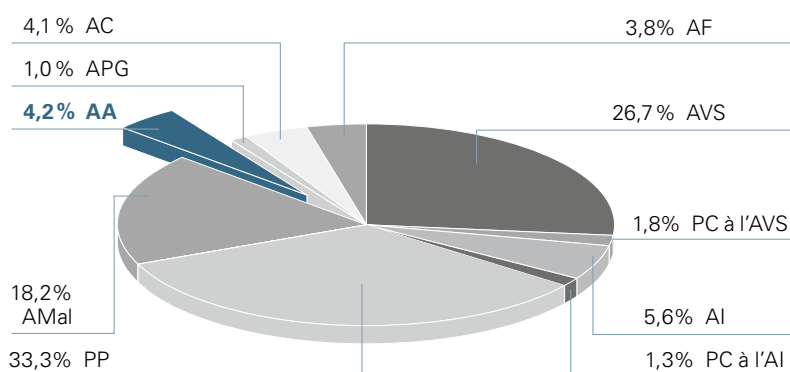
Dernières données disponibles : 2018

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



L'évolution des recettes dépend des cotisations des assurés et du produit des placements. Les cotisations des assurés ont augmenté de 2,4 % en 2018 (primes brutes ANP en hausse). La réévaluation des placements de la Suva s'est traduite par une progression de 159,3 % du produit des placements, qui s'est établi à 6940 millions de francs. Les dépenses ont quant à elles augmenté de 1,0 %.

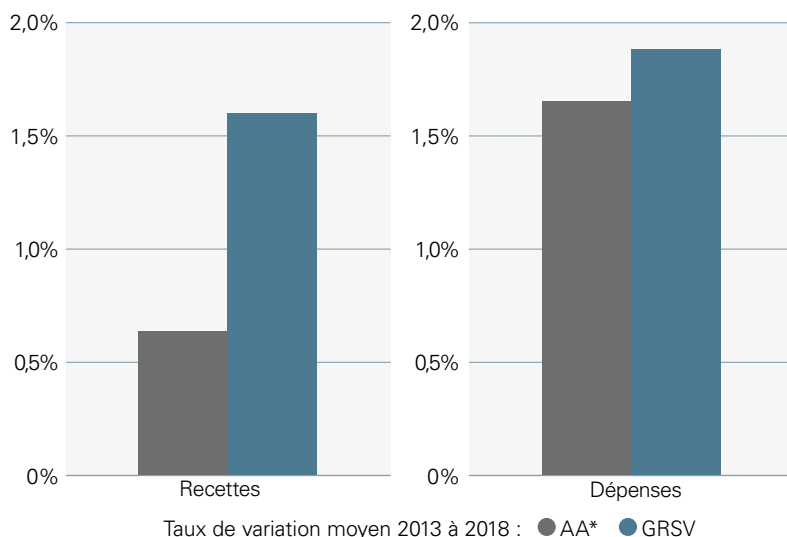
### 4 L'AA dans le CGAS 2018



#### Dépenses 2018 : 164,4 mia fr.

À l'aune des dépenses, l'AA vient en cinquième position des assurances sociales, avec 4,2 %. Les dépenses ont été affectées à raison de 28,9 % à des frais de traitement, de 29,2 % à des indemnités journalières et de 27,7 % à des rentes et à des prestations en capital.

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



**Recettes de 2013 à 2018 :** Les recettes de l'AA ont augmenté légèrement (0,6 %), soit moins que celles du CGAS (1,6 %). Cette évolution est due au fait que la hausse des recettes provenant des primes a été faible.

**Dépenses de 2013 à 2018 :** La hausse des dépenses de l'AA (1,7 %) a été inférieure à celle du CGAS (1,9 %). Cette hausse résulte surtout de celle des prestations à court terme (2,6 %), alors que celle des prestations de longue durée (0,1 %) a eu pour effet de la modérer.

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

Source : SAS 2020 (parution automne 2020), OFAS, et www.ofas.admin.ch

## Finances

## Finances 2018 de l'AA, en millions de francs

	2018	Variation 2017/2018
<b>Total des recettes</b>	<b>13'577</b>	48,3%
Primes des entreprises (AP) et des assurés (ANP, AF et AAC)	6'358	2,4%
Produit des placements (y c. variations de valeur du capital)	6'940	159,3%
Autres recettes	279	3,1%
<b>Total des dépenses</b>	<b>6'986</b>	1,0%
Prestations à court terme	4'060	1,1%
Prestations de longue durée	1'937	-0,7%
Autres dépenses	990	4,1%
<b>Résultat des comptes</b>	<b>6'591</b>	194,4%
<b>Variation du capital</b>	<b>6'442</b>	161,8%
<b>Capital<sup>1</sup></b>	<b>62'085</b>	11,6%

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).

<sup>1</sup> Provisions pour prestations de longue durée, provisions pour prestations à court terme, autres provisions affectées et réserves.

Source : SAS 2020 (parution fin 2020), OFAS et www.ofas.admin.ch.

## Chiffres relatifs à la structure de l'AA

	2017	2018
Assureurs	29	29
Entreprises assurées	609'123	618'424
Salariés à plein temps <sup>1</sup> (en milliers)	4'059	4'115
Somme des salaires soumis à une prime AP (en mrd fr.)	308	315
Nombre d'accidents professionnels enregistrés	268'837	273'675
Nombre d'accidents non professionnels enregistrés	546'289	565'017
Rentes d'invalidité déterminées	1'845	1'721
Cas de décès reconnus	610	591
Indemnités pour atteinte à l'intégrité et autres versements en capital	5'199	4'933
Frais médicaux (en mio fr.)	1'934,6	1'955,8
Indemnités journalières (en mio fr.)	1'955,8	2'021,1
Capital de couverture des nouvelles rentes octroyées (en mio fr.)	858,8	858,7

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

Source : Statistique de l'assurance-accidents LAA 2018, Commission des statistiques de l'assurance-accidents (CSAA) c/o Suva

## 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 % à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2020 pour toutes les rentes. Le DFI a approuvé les nouvelles normes comptables uniformes le 12 février 2019.

Dans le domaine de la prévention des accidents, il est prévu de procéder à une révision totale de l'ordonnance du 29 juin 2005 sur la sécurité et la protection de la santé des travailleurs dans les travaux de construction (ordonnance sur les travaux de construction ; OTConst, RS 832.311.141). Cette révision vise à adapter les prescriptions de sécurité à l'évolution de la technique, ainsi qu'à lever les ambiguïtés apparues lors de l'application concrète des dispositions actuelles et à éliminer les contradictions avec d'autres règles. Une procédure de consultation sera lancée au début de l'été 2020. Les nouveautés entreront en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2021.

## AM Assurance militaire

### Chiffres clés

Selon la statistique de l'assurance militaire publiée par la Suva, le montant global des prestations versées en 2019 est de 178 millions de francs, en progression de 4,86 millions par rapport à l'exercice

précédent. Le montant (chiffres arrondis) des principales prestations de l'assurance militaire versées en 2019 et le nombre de cas sont les suivants.

### Chiffres détaillés de l'AM pour 2019

	2019 en milliers de fr.		Variation 2018/2019
<b>Coût total des prestations d'assurance</b>	<b>178'475</b>		+2,8%
Frais de traitement	72'947		+10,4%
Indemnités journalières	25'375		-2,7%
Rentes	80'153		-1,6%
Rentes d'invalidité <sup>1</sup>	41'703		-0,6%
Rentes pour atteinte à l'intégrité	3'403		+7,2%
Rentes de survivants	32'921		-4,2%

		Nombre de rentes 2019	Variation 2018/2019
<b>Nombre total de rentes</b>		<b>3'258</b>	-2,1%
Rentes d'invalidité		1'662	-2,8%
Rentes pour atteinte à l'intégrité		419	+2,9%
Rentes de survivants		1'000	-4,3%
Divers (allocations et indemnités supplémentaires)		177	+5,4%

	Coût 2019 en milliers de fr.	Nombre de cas 2019	Variation 2018/2019
<b>Coûts<sup>1</sup> et nombre de cas par catégorie d'assurés, total</b>	<b>178'475</b>	<b>40'905</b>	+5,6%
Militaires de milice	99'669	20'773	+3,3%
Astreints à la protection civile	5'389	1'627	+4,3%
Astreints au service civil	10'317	10'126	+5,1%
Personnel militaire	43'448	5'039	+12,6%
Assurés à titre facultatif	14'536	2'574	+16,2%
Participants aux actions de maintien de la paix	1'418	516	+4,2%
Membres du Corps suisse d'aide humanitaire	561	212	+5,5%
Divers	3'137	38	-5,0%

<sup>1</sup> Coûts des rentes compris

Selon la statistique de la Suva, le coût total des prestations versées par l'assurance militaire a légèrement diminué en 2019 et atteint, en chiffres arrondis, 178 millions de francs (+2,8 %).

Après avoir diminué de 6,1 % en 2018, les frais de traitement ont progressé de 10,4 % en 2019 pour atteindre 72,9 millions de francs. Cette hausse marquée résulte du fait qu'une école de recrues de moins avait été organisée en 2018, ce qui avait alors eu pour effet de réduire les coûts. Cette même année, les négociations TARMED avaient en outre duré plus longtemps, occasionnant des retards de facturation. De nombreuses factures portant sur des prestations de 2018 n'ont parfois été réglées qu'en 2019.

Les coûts des indemnités journalières ont atteint 25,4 millions de francs, en recul de 2,7 % par rapport à l'exercice précédent.

Le coût total des rentes s'est chiffré à 80,2 millions de francs, soit une diminution de 1,6 % par rapport à 2018. Le nombre des rentes en cours est de 3258, en baisse de 2,1 %. Ce recul, que l'on observe depuis une dizaine d'années, 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.

Après avoir diminué de 1,2 % en 2018, le nombre de cas d'assurance liés au service civil a augmenté de 5,1 %. Les dépenses dans cette catégorie ont progressé et s'établissent à 10,3 millions de francs (+2,2 millions). Le niveau élevé des coûts dans ce domaine s'explique par le fait qu'à la différence du service militaire, le service civil ne dispose pas de médecins de troupe ou d'infirmeries qui prodiguent des soins gratuitement. Chaque traitement doit par conséquent 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 augmenté de 3,3 %. Une hausse du nombre de cas a également été observée en ce qui concerne les

astreints à la protection civile (+4,3 %), les astreints au service civil (+5,1 %), le personnel militaire (+12,6 %), les assurés à titre facultatif (+16,2 %), les participants aux actions de maintien de la paix (+4,2 %) et les membres du Corps suisse d'aide humanitaire (+5,5 %). Au total, l'assurance militaire a traité 40 905 nouveaux cas en 2019, soit 2174 de plus qu'en 2018 (+5,6 %).

## 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 activité 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 2019, l'assurance militaire a occasionné des dépenses globales brutes de 197,71 millions de francs (+2,03 millions), comprenant 177,65 millions de francs pour l'ensemble des prestations et 20,06 millions (-0,43 million) pour les frais d'administration.

Les recettes provenant des actions récursoires, des remboursements et des primes des assurés à titre professionnel en activité et à la retraite ont rapporté 20,05 millions de francs (-0,01 million).

Les dépenses nettes de la Confédération pour l'assurance militaire en 2019 se sont donc élevées à 177,66 millions de francs au total (+2,04 millions).



### Réformes

Depuis le 1<sup>er</sup> 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 2020, la prime mensuelle pour les prestations en cas de maladie est de 349 francs, et le supplément dans l'assurance facultative pour les prestations en cas d'accident de 35 francs par mois.



# APG Allocations pour perte de gain

## 1 Chiffres clés actuels des APG

<b>Recettes 2019</b>	<b>1'838 mio de fr.</b>
<b>Dépenses 2019</b>	<b>1'695 mio de fr.</b>
<b>Résultat d'exploitation 2019</b>	<b>142 mio de fr.</b>
<b>Compte de capital 2019</b>	<b>1'167 mio de fr.</b>
<b>Allocation de base 2020</b>	
<b>Allocation en % du revenu moyen de l'activité lucrative</b>	<b>80%</b>
– <b>Personnes faisant du service (sans enfant)</b> – en cas de <b>maternité</b>	<b>max. 196 fr./jour</b>
<b>Nombre de jours indemnisés 2018</b>	
Armée	<b>5'086'465</b>
Service civil, protection civile, J+S, cours pour moniteurs de jeunes tireurs	<b>1'999'753</b>
Jours d'allocations de maternité	<b>6'599'963</b>
<b>Maternité, nombre de bénéficiaires</b> 2018	<b>82'439</b>

En 2019, tant le résultat de répartition (53,5 millions de francs) que le résultat d'exploitation (142 millions de francs) sont positifs dans le régime des APG.

### Évolution en 2019

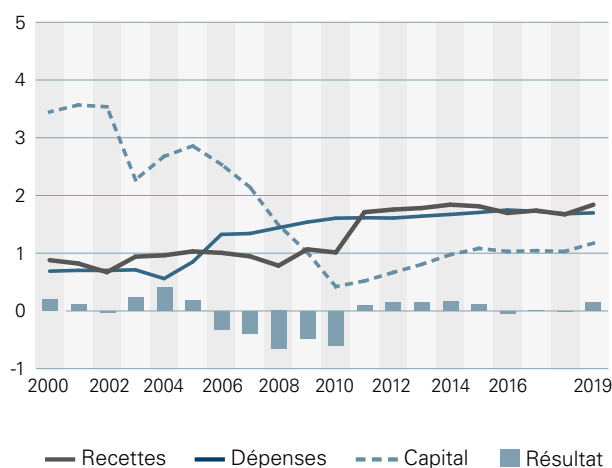
Les recettes ont augmenté de 10,1 % et se chiffrent à 1838 millions de francs en 2019, évolution principalement attribuable aux variations clairement favorables de valeur du capital sur les marchés boursiers, mais aussi à la forte hausse des cotisations des assurés (+2,5 %).

Les dépenses ont atteint 1695 millions de francs, soit 14 millions de plus que l'année précédente (+0,9 %) ; elles ont été affectées à hauteur de 95,8 % à des indemnités journalières.

Le résultat de répartition du régime des APG s'est amélioré par rapport à l'année précédente (112,0 %). Le résultat d'exploitation s'est établi à 142 millions de francs grâce aux gains réalisés sur les marchés financiers (89 millions de francs).

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 2019, en milliards de francs

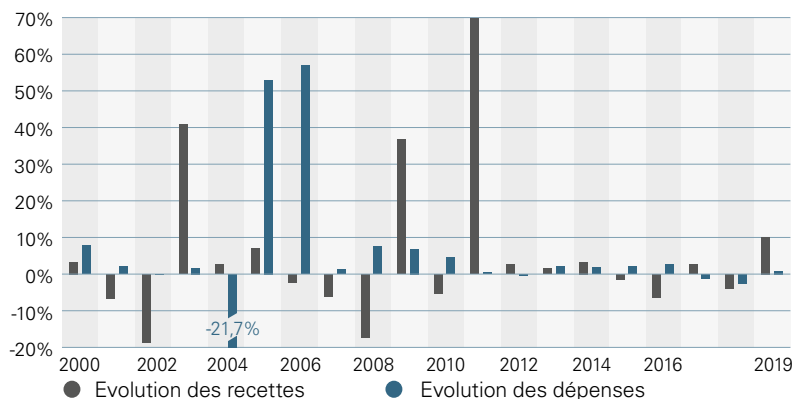


Après l'entrée en vigueur de la révision de la LAPG le 1<sup>er</sup> juillet 2005 (instauration de l'assurance-maternité et hausse des prestations pour les personnes faisant du service), les comptes du régime des APG ont comme prévu enregistré des déficits et une diminution du capital. Grâce au relèvement 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 été négatif en 2018 à la suite de pertes de valeur du capital, le résultat d'exploitation est repassé dans le vert en 2019 grâce à des gains de valeur du capital.

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

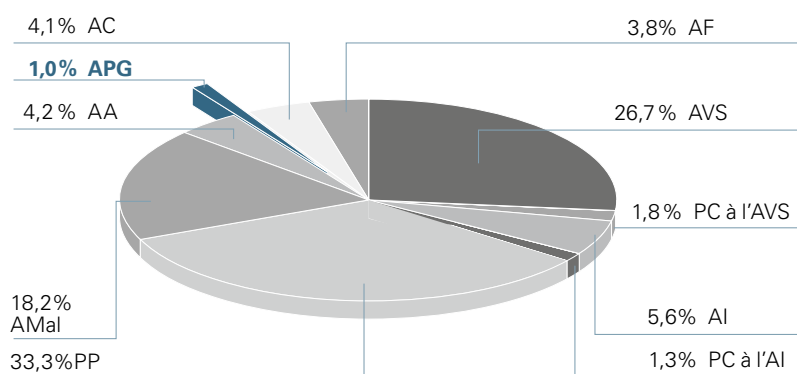
# APG Allocations pour perte de gain

## 3 Evolution des recettes et des dépenses des APG de 2000 à 2019



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 2018

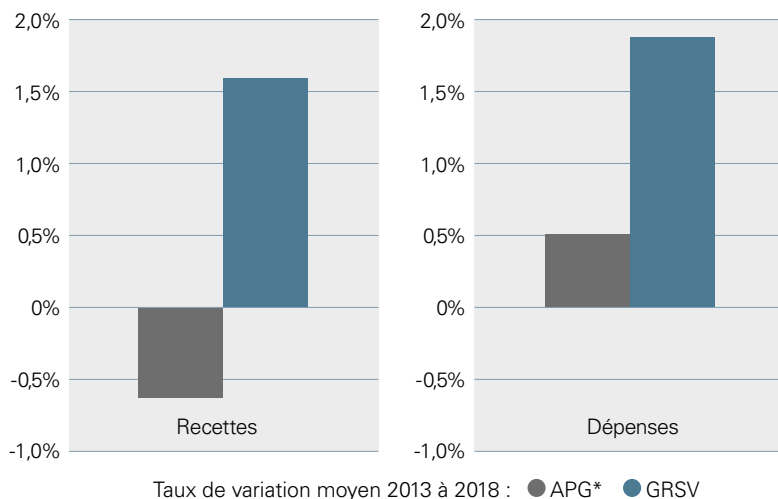


### Dépenses 2018 : 164,4 mia fr.

Avec 1,0 % 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 2018, 95,6 % de ses dépenses, qui ont atteint 1681 millions de francs, ont été affectés à des indemnités journalières, dont 53,8 % au titre des allocations de maternité et 46,2 % pour des prestations à des personnes faisant du service (estimation OFAS).

## 5 Evolution actuelle des APG par rapport à celle du CGAS



Source : SAS 2020 (parution automne 2020), OFAS, et www.ofas.admin.ch

**Recettes de 2013 à 2018 :** Les recettes moyennes des APG sur cinq ans ont reculé de 0,6 %. Leur évolution a donc été nettement inférieure à celle du CGAS (1,6 %).

**Dépenses de 2013 à 2018 :** Les dépenses du régime des APG ont augmenté de 0,5 % en moyenne annuelle, contre 1,9 % 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 2019 des APG, en millions de francs

	2019	Variation 2018/2019
<b>Recettes</b>	<b>1'838</b>	10,1%
Cotisations des assurés et des employeurs	1'749	2,5%
Produit des placements	89	339,5%
Produit courant du capital	18	12,7%
Variations de valeur du capital	71	235,3%
<b>Dépenses</b>	<b>1'695</b>	0,9%
Prestations en espèces	1'692	0,8%
Émoluments	1'625	1,1%
Créances en restitution, net	-31	-15,1%
Quote-part de cotisations à la charge du régime des APG	98	1,1%
Frais d'administration	4	9,5%
<b>Résultat d'exploitation</b>	<b>142</b>	...
<b>Résultat de répartition</b> (hors produit des placements)	<b>54</b>	112,0%
<b>Résultat selon le CGAS</b> (hors variation de valeur du capital)	<b>71</b>	74,1%
<b>Capital</b>	<b>1'167</b>	13,9%

Source : SAS 2020 (parution fin 2020), OFAS et [www.ofas.admin.ch](http://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 augmenté de 0,8 % en 2019, s'établissant à 1692 millions de francs.

Le résultat de répartition (résultat de l'exercice hors produit des placements) a été de 54 millions de francs

en 2019. Compte tenu du produit des placements (89 millions de francs), le résultat d'exploitation a enregistré une amélioration de 154 millions par rapport à l'année précédente et atteint 142 millions de francs. De ce fait, le compte de capital est passé de 1025 à 1167 millions de francs (+13,9 %). Les liquidités et les placements correspondaient ainsi à 58,9 % des dépenses d'une année, soit 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 de modifier la loi sur les allocations pour perte de gain pour y introduire une allocation 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, qui a été mis en consultation du 16 février au 23 mai 2018, 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. Le 22 mars 2019, ce dernier a refusé de le faire. Après réévaluation de la situation, la CSSS-N a, le 5 juillet 2019, transmis le projet inchangé au Conseil national. Dans son avis du 30 octobre 2019, le Conseil fédéral s'est prononcé en faveur d'un congé d'adoption. Le congé payé de deux semaines proposé pour les parents adoptifs leur permettrait de mieux concilier vie familiale et vie professionnelle et placerait tous les parents sur un pied d'égalité après que le Parlement a décidé de mettre en place un congé de paternité de deux semaines. Dans son avis, le Conseil fédéral a proposé une coordination de l'allocation d'adoption avec l'allocation de paternité ainsi que la possibilité de prendre le congé également sous la forme de journées. Par ailleurs, l'allocation d'adoption ne doit plus être subordonnée à la réduction du taux d'occupation.

Le 15 novembre 2019, la CSSS-N a pris connaissance de l'avis positif du Conseil fédéral et a discuté de ses propositions. L'objet est donc retourné au Conseil national.

### **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

## APG Allocations pour perte de gain

message à ce sujet le 30 novembre 2018 à l'intention du Parlement. Le 2 mars 2020, le Conseil des États s'est prononcé en faveur du projet et a supprimé la condition d'octroi imposant à la mère de prouver qu'elle avait déjà, au moment de l'accouchement, décidé de reprendre une activité lucrative à l'issue de son congé de maternité. L'objet est donc retourné à la CSSS-N.

### **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 invité les Chambres fédérales à 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 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. Le Parlement a adopté ce contre-projet indirect en vote final le 27 septembre 2019 (FF 2019 6501). Le projet propose l'instauration d'un congé de paternité rémunéré de deux semaines pouvant être pris par le père exerçant une activité lucrative sous la forme de journées ou en bloc dans les six mois suivant la naissance de son enfant. L'allocation correspond à 80 % du salaire (mais à 196 francs par jour au maximum) et elle est régie, comme l'allocation de maternité, par la loi sur les allocations pour perte de gain (LAPG).

L'initiative populaire a été retirée sous condition par la déclaration du 3 octobre 2019. Le retrait conditionnel prend effet dès que le Conseil fédéral a officiellement confirmé l'acceptation du contre-projet par le peuple (validation du résultat de la votation). Le comité référendaire a recueilli 54 489 signatures valables contre l'instauration d'un congé de paternité de deux semaines, de sorte que le référendum a formellement abouti. La votation populaire aura lieu le 27 septembre 2020.

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

Comme cela a été déjà mentionné dans le chapitre consacré à l'assurance-invalidité, le Conseil fédéral a adopté, le 22 mai 2019, le message relatif à la loi fédérale sur l'amélioration de la conciliation entre activité professionnelle et prise en charge de proches. Le Parlement a approuvé le projet en vote final le 20 décembre 2019. Les mesures suivantes sont prévues :

- L'employeur sera tenu de continuer à verser le salaire de l'employé si celui-ci est absent du travail trois jours au plus par cas, mais dix jours au plus par année, pour l'organisation de la prise en charge nécessaire d'un membre de la famille ou du partenaire atteints dans leur santé en raison d'une maladie ou d'un accident.
- Les parents qui prennent en charge un enfant atteint gravement dans sa santé en raison d'une maladie ou d'un accident percevront une allocation de prise en charge. Le congé de prise en charge, d'une durée maximale de quatorze semaines, pourra être pris sous la forme de journées ou en bloc, 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 d'une personne atteinte d'impotence faible, d'autre part à la prise en charge du partenaire.

- Le supplément pour soins intenses et l'allocation pour impotent de l'AI en faveur des enfants seront adaptés. À l'avenir, le droit à ces aides sera maintenu si l'enfant est hospitalisé pendant plus d'un mois civil, à condition que la présence des parents à l'hôpital soit nécessaire et effective.
- Dans le cadre de la réforme des prestations complémentaires (réforme des PC, FF 2019 2569), les montants maximaux pris en compte au titre du loyer ont été augmentés. Le montant maximal pris en compte est désormais basé sur un ménage de quatre personnes au plus. Cette disposition peut conduire à une réduction des PC pour les personnes vivant dans de plus grandes communautés d'habitation. Celles-ci pourraient être contraintes de changer de logement, ce qui ferait perdre de leur attrait aux communautés d'habitation. C'est pourquoi le Parlement a intégré dans le projet sur la prise en charge de proches une disposition spécifique applicable aux personnes vivant en communauté d'habitation afin de leur garantir que le montant pris en considération soit le montant maximal reconnu au titre du loyer pour une personne vivant dans un ménage de deux personnes.

Le délai référendaire a expiré le 9 avril 2020 sans qu'un référendum ait été lancé. La nouvelle loi pourra donc entrer en vigueur au plus tôt en janvier 2021.



# AC Assurance-chômage

## 1 Chiffres clés actuels de l'AC

<b>Recettes 2019</b>	<b>8'095 mio de fr.</b>
<b>Dépenses 2019</b>	<b>6'531 mio de fr.</b>
<b>Résultat 2019</b>	<b>1'564 mio de fr.</b>
<b>Compte de capital 2019</b>	<b>1'755 mio de fr.</b>

<b>Cotisations 2020</b>	<b>2,20%</b>
Sur les revenus salariaux jusqu'à	<b>148'200 fr./an</b>

Depuis le 1.1.2014, le pourcent 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).

<b>Prestations 2020 en % du gain assuré</b>	
Personnes ayant des obligations d'entretien, personnes gagnant moins de 3'797 fr./mois bénéficiaires d'une rente d'invalidité	<b>80%</b>
Autres assurés	<b>70%</b>

Est assuré le salaire soumis à cotisation AVS : depuis 2016 jusqu'à 12'350 fr./mois

<b>Durée de perception</b> depuis le 1.4.2011	<b>90–640 jours</b>
---	---------------------

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

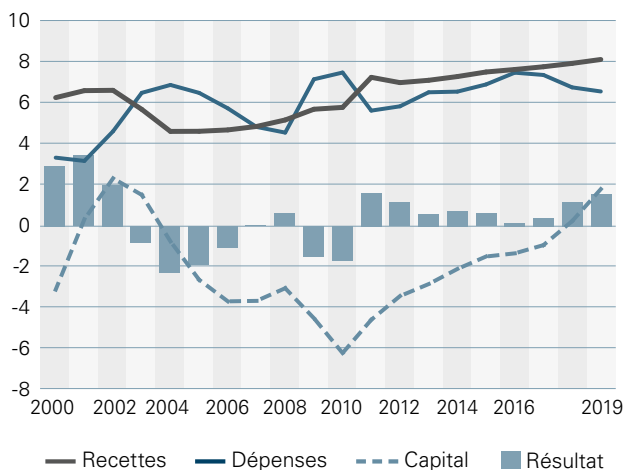
L'exercice 2019 s'est soldé pour le Fonds de compensation de l'AC par un excédent de 1564 millions de francs.

### Évolution en 2019

La poursuite de la croissance réelle du PIB (0,9 %) a permis en 2019, comme en 2017 et 2018, une baisse du taux de chômage. Le nombre de chômeurs inscrits, 106932, était inférieur à la moyenne de l'année précédente (118 103). Aussi les dépenses dues aux indemnités de chômage ont-elles baissé de 4,4 %, pour s'établir à 4538 millions de francs. De ce fait, les dépenses de l'AC ont elles aussi diminué, de 3,0 %, pour se chiffrer à 6531 millions de francs. De leur côté, les recettes ont progressé de 2,4 % et ont atteint 8095 millions de francs. Le résultat des comptes, en hausse de 33 %, affichait 1564 millions de francs.

La 4<sup>e</sup> révision de la LACI a réintroduit, le 1<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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 sur les salaires qui atteignent jusqu'à deux fois et demie ce montant.

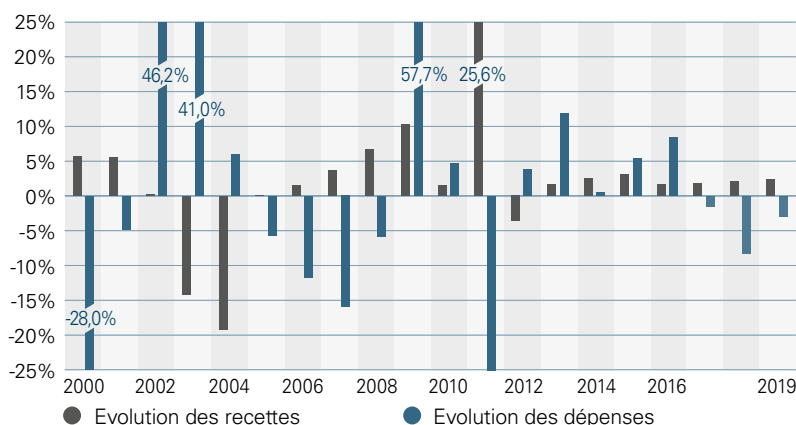
## 2 Recettes, dépenses, résultat et capital de l'AC de 2000 à 2019, en milliards de francs



Grâce à une nouvelle hausse des recettes et à une baisse des dépenses, l'AC affichait en 2019 un résultat des comptes nettement positif, de 1564 millions de francs. Cela a permis au Fonds de compensation de l'AC d'augmenter son solde à 1755 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.

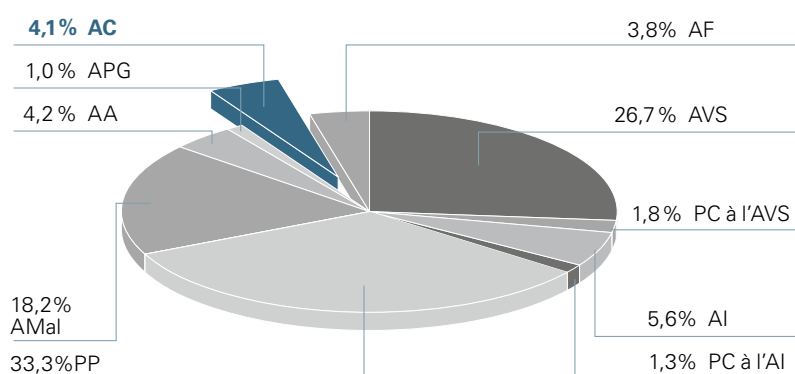
### 3 Evolution des recettes et des dépenses de l'AC de 2000 à 2019



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

En 2010 et surtout en 2011, la croissance économique a induit une nette baisse des dépenses de l'AC. Après une période de hausse, l'AC enregistre un nouveau recul des dépenses depuis 2017.

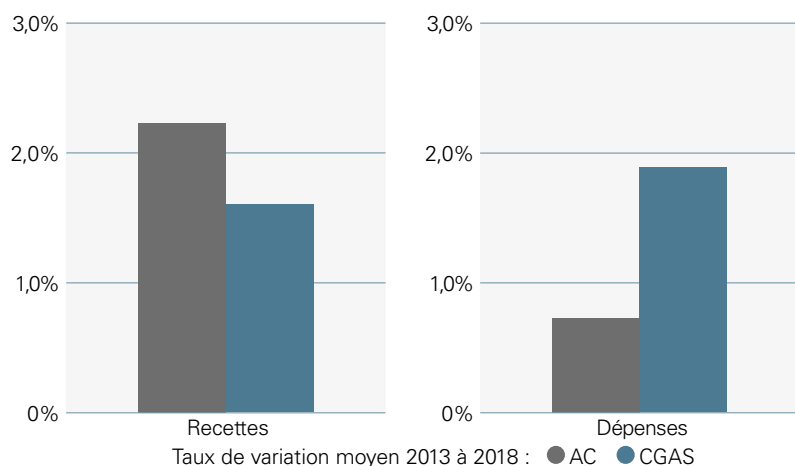
### 4 L'AC dans le CGAS 2018



#### Dépenses 2018 : 164,4 mia fr.

Mesurée à l'aune des dépenses, l'AC arrivait en sixième position des assurances sociales, avec 4,1 %. 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 2013 à 2018 :** L'augmentation moyenne des recettes de l'AC (2,2 %) a été légèrement supérieure à celle des recettes du CGAS (1,6 %).

**Dépenses de 2013 à 2018 :** L'évolution moyenne des dépenses de l'AC (0,7 %) a été nettement moins importante et n'a que peu contribué à la hausse des dépenses du CGAS (1,9 %) durant la période sous revue.

Source : SAS 2020 (parution automne 2020), OFAS, et www.ofas.admin.ch

# AC Assurance-chômage

## Finances

### Résultat des comptes 2019, en millions de francs

	2019	Variation 2018/2019
<b>Total des recettes</b>	<b>8'095,5</b>	2,4%
Cotisations des assurés et des employeurs	7'381,6	2,5%
Contributions des pouvoirs publics	697,5	2,5%
Participation financière de la Confédération	510,4	2,3%
Participation financière des cantons	170,1	2,3%
Participation des cantons aux frais des mesures du marché du travail	16,9	6,7%
Intérêts créanciers	5,5	12,5%
Autres produits	1,9	-71,3%
Produit des différences de cours	9,0	-24,7%
<b>Total des dépenses</b>	<b>6'531,5</b>	-3,0%
Prest. en espèces hors cotisations aux assurances sociales	4'885,9	-3,8%
Indemnités de chômage <sup>1</sup>	4'538,2	-4,4%
Cotisations aux assurances sociales des bénéficiaires d'IC	-343,8	8,1%
Indemnités en cas de réduction de l'horaire de travail	27,5	-5,1%
Indemnités en cas d'intempéries	24,2	-13,0%
Indemnités en cas d'insolvabilité	28,3	13,7%
Mesures du marché du travail	611,5	-2,1%
Cotisations aux ass. sociales sur les indemnités de chômage	636,7	-8,6%
Cotisations AVS/AI/APG <sup>2</sup>	456,9	-4,4%
Cotisations ANP <sup>2</sup>	168,2	-4,4%
Cotisations AP <sup>3</sup>	4,4	-6,3%
Cotisations LPP <sup>2</sup>	7,1	-81,0%
Indemnités liées aux accords bilatéraux <sup>4</sup>	250,5	28,2%
Frais d'administration	756,7	0,1%
Intérêts débiteurs	0,3	-67,2%
Autres dépenses	1,4	34,9%
Dépenses différences de cours	0,0	-235,3%
<b>Résultat</b>	<b>1'564,0</b>	33,3%
<b>Capital</b>	<b>1'754,9</b>	819,3%
<b>Chiffres clés</b>		
Chômeurs inscrits (moyenne annuelle)	106'932	
Taux de chômage	2,3%	

1 Indemnités journalières mesures du marché du travail incluses

2 Part employeurs et part employés

3 Part employeurs uniquement

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

ANP = assurance contre les accidents non professionnels

AP = assurance contre les accidents professionnels

Source : SAS 2020 (parution fin 2020), OFAS et [www.ofas.admin.ch](http://www.ofas.admin.ch).

L'exercice 2019 s'est soldé pour le Fonds de compensation de l'AC par des dépenses de 6531 mil-

lions de francs et des recettes de 8095 millions de francs, soit un excédent de 1564 millions de francs.

### Bilan au 31 décembre 2019, en millions de francs

	2019	Variation 2018/19
<b>Actifs</b>	<b>2'303,3</b>	29,5%
Liquidités :	660,7	224,0%
<i>Placements à court terme de l'organe de compensation</i>	–	–
<i>Disponibilités du Fonds de compensation</i>	596,2	500,6%
<i>Disponibilités des caisses de chômage</i>	64,5	-38,3%
Comptes courants / débiteurs	1'489,4	3,3%
Actifs transitoires	144,9	15,6%
Mobiliers	8,2	20,7%
<b>Passifs</b>	<b>2'303,3</b>	29,5%
Comptes courants / créanciers	310,0	23,2%
Provisions pour application de l'art. 29 LACI	47,8	2,8%
Provisions pour insolvabilité	93,4	1,5%
Autres provisions à court terme	91,8	-0,1%
Passifs transitoires	5,3	-4,1%
Emprunts de trésorerie auprès de la Confédération	–	-100,0%
<b>Capital propre</b>	<b>1'754,9</b>	819,2%

Grâce au résultat positif réalisé en 2019, l'emprunt de trésorerie auprès de la Confédération a pu être intégralement remboursé, de sorte que le

fonds était désendetté en fin d'exercice. Le capital propre du Fonds de compensation de l'AC atteignait 1755 millions de francs à la fin 2019.

### Réformes et perspectives

La révision en cours de la loi sur l'assurance-chômage (LACI) vise à simplifier les dispositions concernant les indemnités en cas de réduction de l'horaire de travail et en cas d'intempéries ainsi qu'à réduire la charge administrative qui incombe aux entreprises. Dans le même temps, elle crée la base légale pour la mise en œuvre de la stratégie de cyberadministration dans le domaine de l'assurance-chômage. Le Conseil fédéral a transmis le projet de loi et le message au Parlement en mai 2019. La loi devrait entrer en vigueur en 2021.

En 2020, les indemnités en cas de réduction de l'horaire de travail vont fortement augmenter sous l'effet de la crise du coronavirus. Il faut donc s'attendre à un nouvel endettement.

Le 1<sup>er</sup> janvier 2019, le taux de cotisation pour la prévoyance professionnelle obligatoire des personnes au chômage a été ramené de 1,5 % à 0,25 % du salaire journalier coordonné.

# AF Allocations familiales

Dernières données disponibles : 2018 ; données recueillies par l'OFAS

## 1 Chiffres clés actuels des AF

<b>Recettes 2018</b>	<b>6'260 mio de fr.</b>
<b>Dépenses 2018</b>	<b>6'332 mio de fr.</b>
<b>Prestations sociales 2018</b>	<b>5'949 mio de fr.</b>

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

<b>Nombre d'allocations pour enfant ou de formation professionnelle</b>	2018 <sup>1</sup>
Au titre de la LAFam	<b>2'280'625</b>
Au titre de la LFA	<b>41'230</b>
<b>Montants cantonaux des allocations pour enfant (par mois)</b>	2020
Montant le plus élevé, 1 <sup>er</sup> enfant : ZG, GE	<b>300 fr.</b>
Montant le plus bas, 1 <sup>er</sup> enfant : ZH, LU, UR, OW, GL, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, TG, AG, TI	<b>200 fr.</b>
<b>Allocations pour enfant dans l'agriculture</b>	2020
Mêmes mont. que ceux prescrits par la LAFam. Ces mont. sont majorés de 20 francs dans les régions de montagne	<b>200 Fr.</b>
<b>Taux de cotisations des CAF cantonales (en % du salaire soumis à l'AVS)</b>	2020
Employeurs	<b>1,15%–2,80%</b>
Indépendants	<b>0,50%–2,80%</b>

<sup>1</sup> 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.

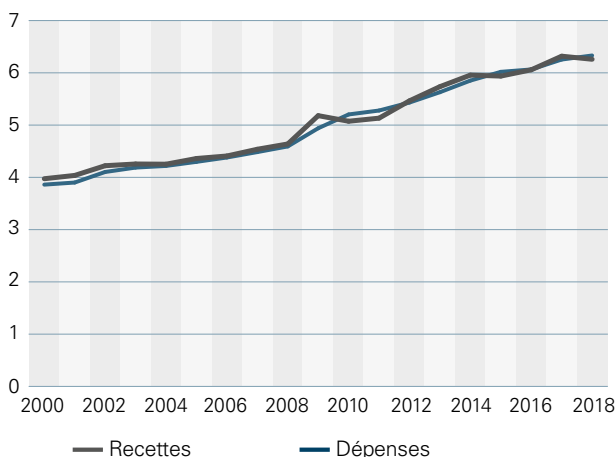
Depuis l'entrée en vigueur de la loi fédérale sur les allocations familiales (LAFam) en 2009, les recettes de l'ensemble des allocations familiales ont augmenté de 1,1 milliard de francs et les dépenses de 1,4 milliard.

### Évolution en 2018

Les recettes des AF ont atteint 6,3 milliards de francs en 2018. 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 1,62 % en 2018 (2017 : 1,61 %).

Les dépenses des AF ont atteint 6,3 milliards de francs en 2018. Les prestations versées, se montant à 5,9 milliards 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 2018, 2,3 millions d'allocations (pour enfant ou de formation professionnelle) ont été versées en tout au titre de la LAFam, et 41 200 au titre de la loi fédérale sur les allocations familiales dans l'agriculture (LFA).

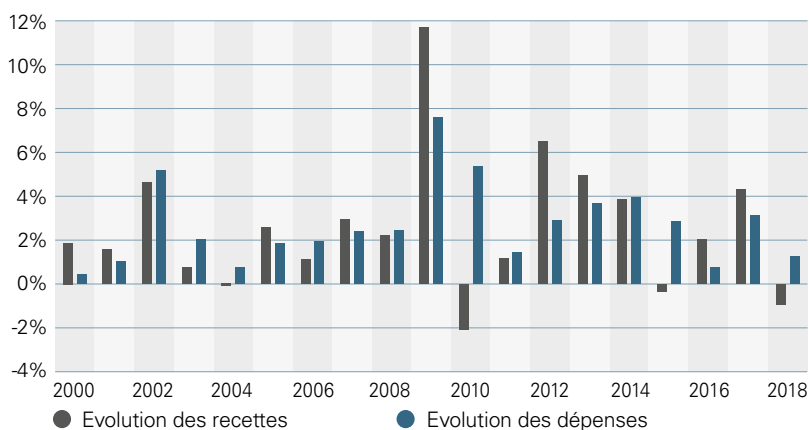
## 2 Recettes et dépenses des AF de 2000 à 2019, en milliards de francs



L'évolution des AF est principalement déterminée par le nombre d'enfants et de jeunes donnant droit aux allocations, par le montant de celles-ci et par les taux de cotisation. En 2018, les cotisations ont augmenté de 2,0 % en raison de la hausse des taux de cotisation et des salaires. Les recettes ont reculé de 0,9 % en raison des résultats négatifs des placements, tandis que les dépenses ont augmenté de 1,2 %. Davantage d'allocations ont été versées, mais aucun canton ne les a rehaussées.

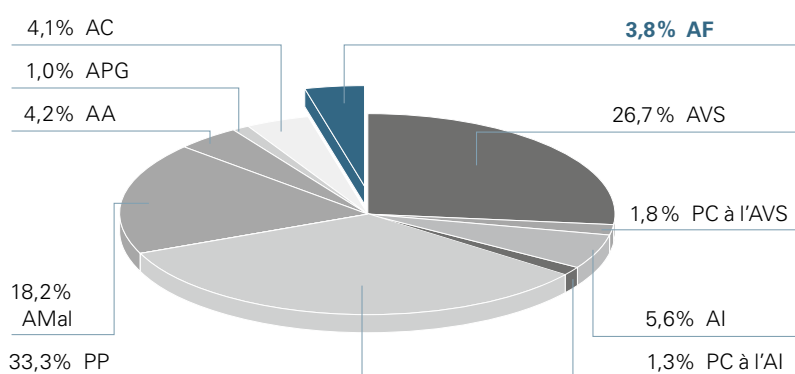
Dernières données disponibles : 2018 ; données recueillies par l'OFAS

### 3 Evolution des recettes et des dépenses des AF de 2000 à 2019



Les recettes ont diminué et les dépenses augmenté en 2018. La baisse des recettes (-0,9 %) résulte notamment des résultats négatifs des placements. La hausse des dépenses (+1,2 %) est due à l'augmentation du nombre d'allocations (pour enfant ou de formation professionnelle) versées dans un contexte de stagnation du montant des allocations.

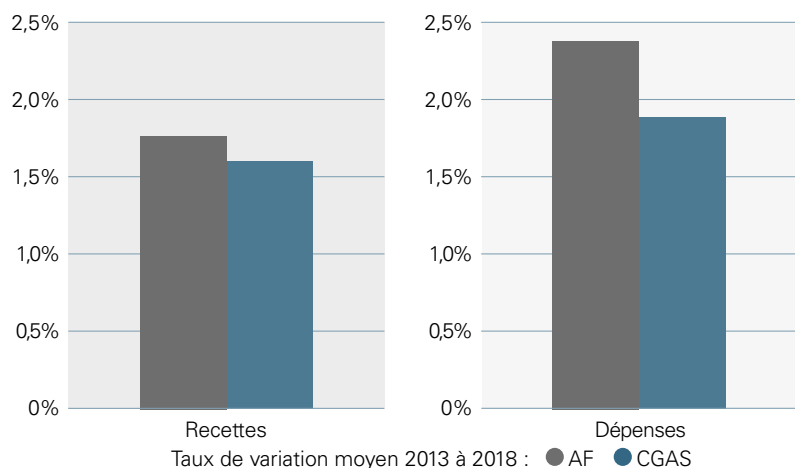
### 4 Les AF dans le CGAS 2018



#### Dépenses 2018 : 164,4 mia 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 46,8 % pour les prestations octroyées par les caisses de compensation cantonales.

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



**Recettes de 2013 à 2018 :** Le taux de croissance moyen des recettes des AF (1,8 %) a été supérieur à celui des recettes du CGAS (1,6 %). Son évolution dépend des taux de cotisation et des revenus soumis à cotisation.

**Dépenses de 2013 à 2018 :** Le taux de croissance des dépenses des AF (2,4 %) a été nettement supérieur à celui des dépenses du CGAS (1,9 %). En conséquence, le poids des AF dans le système de sécurité sociale a augmenté au cours des cinq dernières années.

Source : SAS 2020 (parution automne 2020), 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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. 87).

### Statistique des caisses de compensation pour allocations familiales, 2018, en millions de francs

Postes du compte	Dépenses	Recettes
Cotisations des employeurs <sup>1</sup>		<b>5'743</b>
Cotisations des indépendants <sup>2</sup>		222
Cotisations des personnes sans activité lucrative <sup>3</sup>		9
Contributions des cantons		<b>144</b>
Recettes de la compensation des charges au niveau cantonal <sup>4</sup>		<b>137</b>
Autres recettes		<b>17</b>
Allocations familiales	5'785	
Autres prestations <sup>5</sup>	171	
Versements à la compensation des charges au niveau cantonal	190	
Autres dépenses	47	
Résultat annuel (bénéfice)	77	
<b>Total</b>	<b>6'270</b>	<b>6'270</b>

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, GL, SO, TG et TI.

4 Les cantons peuvent aussi prévoir une compensation des charges entre les CAF. À ce jour, 19 cantons (BE, LU, UR, SZ, OW, NW, ZG, FR, SO, BL, BS, SH, SG, GR, TI, VD, VS, GE et JU) ont fait usage de cette possibilité et un autre en introduira un (ZH).

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

### Compte d'administration, placements inclus, 2018, en millions de francs

Type d'allocation	Charges	Produits
Compte d'administration	178	69
Placements et immobilier	94	55
Résultat annuel	-149	
<b>Total</b>	<b>123</b>	<b>123</b>

**Nombre d'allocations (y c. allocations différentielles), 2018<sup>1</sup>**

Type d'allocation	Versées aux salariés	Versées aux indépendants	Versées aux personnes sans activité lucrative	Total	Pourcentage
Allocations pour enfant	1'613'800	44'500	38'400	1'696'700	73,5%
Allocations de formation professionnelle	552'700	20'200	11'100	584'000	25,3%
Allocations de naissance et d'adoption	25'900	600	1'200	27'700	1,2%
<b>Total</b>	<b>2'192'300</b>	<b>65'300</b>	<b>50'700</b>	<b>2'308'300</b>	<b>100,0%</b>
Pourcentage	95,0%	2,8%	2,2%	100%	

1 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), 2018, en millions de francs**

Type d'allocation	Versées aux salariés	Versées aux indépendants	Versées aux personnes sans activité lucrative	Total	Pourcentage
Allocations pour enfant	3'856,9	118,8	107,2	4'082,9	70,6%
Allocations de formation professionnelle	1'555,4	62,6	39,7	1'657,7	28,7%
Allocations de naissance et d'adoption	40,8	1,2	2,5	44,5	0,8%
<b>Total</b>	<b>5'453,1</b>	<b>182,6</b>	<b>149,4</b>	<b>5'785,1</b>	<b>100,0%</b>
Pourcentage	94,3%	3,2%	2,6%	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. 18 cantons<sup>2</sup> ont fait usage de la compétence de fixer des montants plus élevés, et neuf<sup>3</sup> accordent des allocations de naissance et/ou d'adoption.

2 ZH, BE, LU, SZ, NW, ZG, FR, BS, SH, AR, AI, SG, GR, VD, VS, NE, GE et JU.

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

**Bénéficiaires d'allocations familiales, 2018<sup>4</sup>**

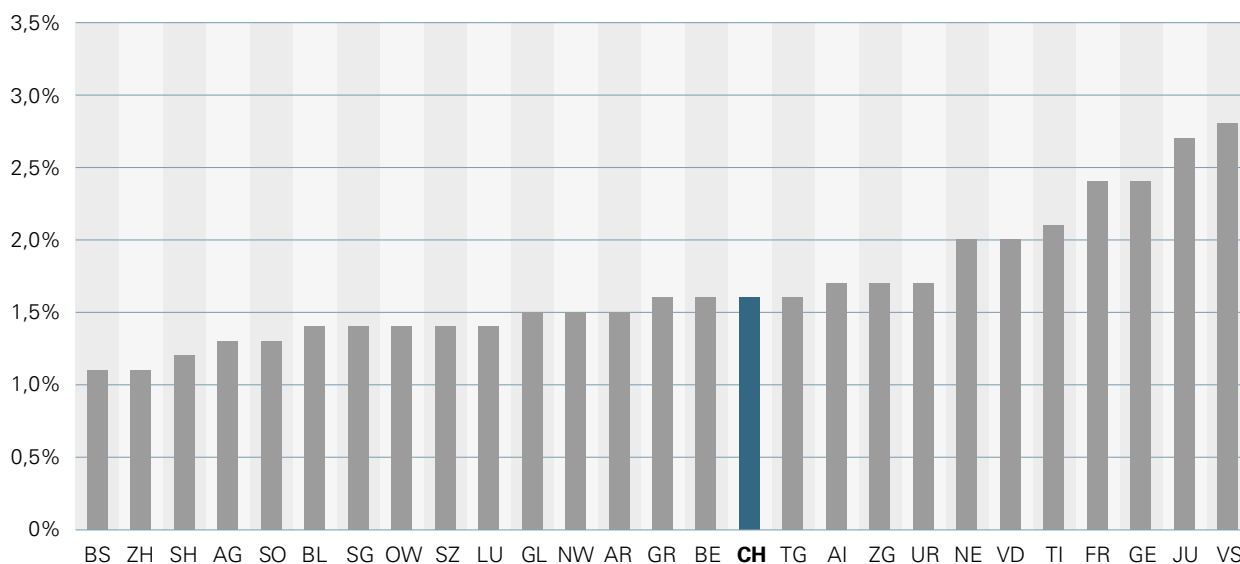
	Salariés	Indépendants	Personnes sans activité lucrative	Total
Nombre	1'217'500	34'700	26'800	<b>1'278'900</b>
Pourcentage	95,2%	2,7%	2,1%	<b>100,0%</b>

4 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.

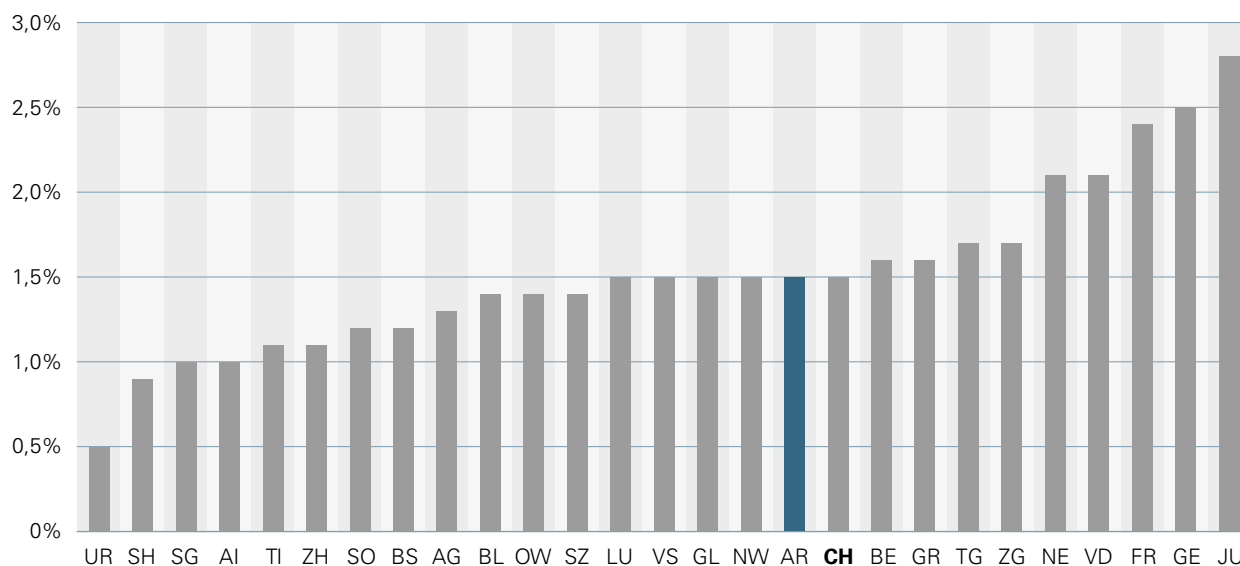


## AF Allocations familiales

### Taux pondérés de cotisation des employeurs, par canton, en 2018



### Taux pondérés de cotisation des indépendants, par canton, en 2018



Les taux de cotisation des employeurs, pondérés à l'aide de la somme cantonale des revenus soumis à l'AVS<sup>1</sup>, varient selon les cantons entre 1,06 et 2,83 %. Le taux pondéré moyen pour la Suisse est de 1,62 %.

Les taux pondérés de cotisation des indépendants, qui sont calculés de manière analogue à ceux des employeurs, varient selon les cantons entre 0,54 % et 2,75 %. Le taux de cotisation pondéré moyen des indépendants pour la Suisse se situe à 1,54 %.

<sup>1</sup> 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, 2019, en millions de francs

Postes du compte	Dépenses	Recettes	Variation 2016/2017
Cotisations des employeurs		21	+7%
Contributions des pouvoirs publics			
– Confédération 2/3		51 <sup>1</sup>	-4%
– Cantons 1/3		26	-4%
Prestations en espèce	96		-3%
Frais d'administration	2		6%
<b>Total</b>	<b>98</b>	<b>98</b>	<b>-4%</b>

<sup>1</sup> 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 2015 à 2019, ensemble des bénéficiaires

Année	Nombre de bénéficiaires		Coût (en mio de fr.)	
	Agriculteurs <sup>1</sup>	Salariés	Total	Confédération
2014	14'033	7'884	115	66
2015	13'356	7'874	110	62
2016	13'387	7'716	111	62
2017	13'022	8'261	101	55
2018	12'537	8'401	98	51

<sup>1</sup> 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 2015 à 2019, agriculteurs exerçant cette activité à titre principal

Année	Agriculteurs en région de plaine <sup>1</sup>			Agriculteurs en région de montagne <sup>1</sup>		
	Nombre de bénéficiaires	Nombre d'allocations	Coût en millions de francs	Nombre de bénéficiaires	Nombre d'allocations <sup>2</sup>	Coût en millions de francs
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
2019	6'650	15'014	35	5'745	13'812	32

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

2 Pour 2015 à 2016 : état au 31 juillet ; depuis 2017 : totalité des allocations durant l'exercice.

### Allocations familiales selon la LFA, de 2015 à 2019, travailleurs agricoles

Année	Nombre de bénéficiaires		Allocations de ménage	Nombre d'allocations <sup>1</sup>		Coût en mio de fr.
		dont les étrangers			dont celles pour les enfants à l'étranger	
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
2019	8'401	6'136	7'877	10'849	4'834	29

1 Pour 2015 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 : lacunes comblées

La loi sur les allocations familiales (LAFam) est révisée sur trois points. D'abord, les mères seules au chômage bénéficiaires de l'allocation de maternité ont désormais droit à des allocations familiales pour personnes sans activité lucrative durant la période de quatorze semaines où elles touchent l'allocation de maternité. Cela répond à la motion Seydoux-Christe (13.3650) « Universalité des allocations familiales. Aussi pour les mères bénéficiaires d'APG maternité durant leur droit au chômage ». 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 ». Des allocations de formation sont à présent octroyées dès le moment où un enfant ayant atteint l'âge de 15 ans suit une formation postobligatoire. Enfin, une base légale pour l'octroi d'aides financières aux organisations familiales est inscrite dans la LAFam. Depuis environ 70 ans, ces aides sont octroyées directement sur la base de l'art. 116, al. 1, de la Constitution fédérale.

Le 27 septembre 2019, le Conseil national et le Conseil des États ont adopté le projet. Aucun référendum n'a été lancé dans le délai imparti. Le Conseil fédéral devrait mettre la révision en vigueur le 1<sup>er</sup> août 2020.

### Compensation des charges entre les CAF

À la différence d'autres assurances sociales, il n'existe pour les allocations familiales ni taux ou montants uniformes à l'échelle nationale, ni fonds de compensation national. La fixation et la perception des cotisations dues sur les revenus soumis à l'AVS sont du ressort des caisses de compensation pour allocations familiales (CAF). En tant qu'organes d'exécution, les CAF sont également responsables

de la fixation et du versement des prestations. Suivant le montant des revenus soumis à cotisation et le nombre d'allocations familiales à verser, les taux de cotisation qu'elles appliquent varient 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, 20 cantons appliquent un système de compensation intégrale<sup>1</sup> ou partielle<sup>2,3</sup> 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 a élaboré le projet de loi, qu'il a mis en consultation le 29 avril 2020.

### Allocations familiales ajustées au pouvoir d'achat

L'initiative parlementaire Herzog (17.483) « Allocations familiales ajustées au pouvoir d'achat » propose de modifier la LAFAM de sorte que les allocations pour enfant et les allocations de formation professionnelle soient calculées en fonction du pouvoir d'achat pour les enfants vivant dans l'UE. La CSSS-N et la CSSS-E ont décidé de donner suite à l'initiative respectivement le 16 novembre 2018 et le 21 novembre 2019. À présent, la CSSS-N est chargée d'élaborer un projet de révision allant dans ce sens.

1 BE, LU, SZ, OW, NW, ZG, BL, TI, VD, GE et JU

2 FR, BS, GR, SG, VS; ZH vont introduire un tel système.

3 Trois cantons appliquent un système de compensation intégral pour les salariés, mais pas pour les indépendants: UR, SO et SH.

## 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<sup>bis</sup> de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS ; RS 831.10) et les art. 74 et 75 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI ; RS 831.20).

#### Organisations de l'aide privée aux personnes âgées

Afin de permettre aux personnes âgées de rester le plus longtemps possible à domicile, la 9<sup>e</sup> révision de l'AVS (en 1979) a posé à l'art. 101<sup>bis</sup> 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 presque 71 millions de francs en 2019, 11,8 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. 59,11 millions de francs ont servi à des prestations quantifiables telles que conseil, assistance, occupation et cours pour personnes âgées donés 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 l'âge ordinaire de la retraite. En 2019, les organisations AI en question ont fourni des prestations à hauteur de près de 19,5 millions de francs. Le montant est calculé conformément aux dispositions de l'art. 108<sup>quater</sup> 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 existaient avec une soixantaine d'organisations faîtières sur la période de 2015 à 2018 et pour l'année supplémentaire 2019. 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 2019, les subventions de l'AI/AVS s'élevaient en tout à 154,5 millions de francs, dont quelque 19,5 millions consacrés à des prestations destinées à des personnes qui n'ont été atteintes dans leur santé qu'après 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 ou de l'AVS 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 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 2019 de l'AVS et de l'AI

Bénéficiaires	Subventions au niveau national (pour des tâches de coordination et de développement)	Subventions pour des prestations fournies sur place, en particulier conseil social ou général, accompagnement et cours	Total
Total des subventions aux organisations de l'aide privée aux personnes âgées selon le compte d'exploitation 2019 de l'AVS, en francs	11'807'550,00	59'106'800,00	70'914'350,00
Prestations de l'aide privée aux personnes handicapées <b>à la charge de l'AVS</b> , en francs (imputation conformément à l'art. 222, al. 3, RAVS)			19'498'382,00
Total des subventions aux organisations de l'aide privée aux personnes handicapées selon le compte d'exploitation 2019 de l'AI, en francs			154'482'506

## Evolution et mesures touchant l'ensemble du système

### Recours contre le tiers responsable

#### Produit des actions récursoires, de 2014 à 2019, par assurance, en millions de francs

	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Assureurs-accidents	266,6	220	281,4	254,2	*	*
dont Suva	180,8	138	194	171,5	173,2	175,2
AVS/AI	69,6	62,8	69,9	59,1	48,1	49,9

\* Chiffre non encore disponible

Le produit des actions récursoires des assurances sociales mentionnées dans le tableau semble avoir récemment interrompu sa tendance à la baisse pour se stabiliser à une valeur de base. Celle-ci devrait s'inscrire à 250-260 millions de francs pour l'assurance-accidents au sens de la LAA et à 40-50 millions de francs pour l'AVS/AI.

Un lien peut être établi entre le produit des actions récursoires et le nombre de bénéficiaires de rentes AI octroyées à la suite d'un accident. La baisse du nombre de nouvelles rentes d'invalidité octroyées chaque année à la suite d'un accident s'accompagne en effet généralement d'une diminution du produit des actions récursoires.

S'agissant de l'assurance-accidents au sens de la LAA, le nombre annuel de nouvelles rentes d'invalidité a constamment reculé à partir de 2004 (2937 unités) et oscille entre 1845 et 2000 depuis 2011 (statistique des accidents LAA 2019, p. 36).

Dans l'AI, le nombre de nouvelles rentes d'invalidité octroyées par année à la suite d'un accident a aussi fortement diminué. En 2007, il s'élevait encore à 1330 et, en 2018, il n'était plus que de 882 (statistique de l'AI 2018, <https://www.bsv.admin.ch/bsv/fr/home/assurances-sociales/iv/statistik.html> – tableaux). Depuis 2012, il oscille entre 762 et 900.

On peut supposer que le produit des actions récursoires s'est à présent stabilisé aux valeurs de base et ne baissera plus autant qu'entre 2007 et 2013. À l'heure actuelle, il atteint globalement le même

niveau qu'au début des années 1990. C'est à partir de 1996 qu'il a commencé à augmenter de manière générale, suite à l'arrêt du Tribunal fédéral relatif aux cas de « coup du lapin », qui a facilité l'accès à des rentes d'invalidité. Sous l'effet des 4<sup>e</sup> (2004) et 5<sup>e</sup> (2008) révisions de l'AI ainsi que de la jurisprudence plus restrictive du Tribunal fédéral (lien de causalité) dans des arrêts de 2004, 2008 et 2010, le nombre de nouvelles rentes octroyées dans des cas de ce type a diminué de façon significative.

## Relations internationales

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

	2019	Variation 2018/2019
<b>Montant total des rentes AVS/AI<sup>1</sup></b>	<b>5'291</b>	2,9%
Rentes AVS <sup>2</sup>	4'848	3,0%
Rentes AI <sup>3</sup>	375	-1,9%
Indemnités forfaitaires uniques	56	37,1%
Transferts de cotisations	13	-11,8%

1 Source : Annuaire statistique 2019, 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 5,3 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, une convention permet 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 <sup>1</sup>	2018	Variation 2018/2019
<b>Nombre de rentes AVS<sup>2</sup></b>	<b>804'742</b>	1,5%
dont ressortissants de l'UE-28 ou de l'AELE	786'978	3,3%
dont de nationalité italienne (la majeure partie)	298'649	0,3%
<b>Nombre d'ayants droit à des prestations de l'AI<sup>3</sup></b>	<b>32'196</b>	-3,5%
dont ressortissants de l'UE-28 ou de l'AELE	30'198	2,5%
dont de nationalité portugaise (la majeure partie)	7'312	-1,5%

1 Source : Annuaire statistique 2019, p. 39, CdC

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

3 Rentes principales AI

Près de 805 000 ressortissants d'États contractants ont touché des prestations de l'AVS à l'étranger ; environ 32 000 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'étranger<sup>1</sup>

	2019	Variation 2018/2019
<b>Prestations AVS/AI versées à des ressortissants suisses à l'étranger</b>		
Montant total, en millions de francs	1'927	3,9%
<b>AVS/AI : Personnes à l'étranger assurées facultativement</b>		
Nombre d'assurés	13'075	-3,3%
<b>Remboursement de cotisations à des ressortissants d'Etats non contractants</b>		
Nombre de cas	2'009	-6,6%
Montant total, en millions de francs	42	-7,3%

<sup>1</sup> Source : Annuaire statistique 2019, 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. En outre, certaines conventions permettent aux ressortissants de l'autre État contractant de choisir entre la perception d'une rente et le remboursement des cotisations.

### 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-28 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-28 ou de l'AELE les coûts de l'entraide en matière de

prestations qu'elle a avancés pour leurs assurés. En 2019, ces coûts ont atteint 191 millions de francs (+4,4 % par rapport à 2018 ; les chiffres entre parenthèses indiquent toujours la variation par rapport à l'année précédente), pour un total de 217314 cas (+2,5 %). Dans l'autre sens, elle réclame aux assureurs suisses compétents les coûts des prestations fournies dans les États membres de l'UE-28 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 320419 cas (+27,3 %), pour un montant total de 166 millions de francs (+14,9 %).

---

## Conventions bilatérales

**Brexit :** Le Royaume-Uni a quitté l'UE le 31 janvier 2020. L'accord de sortie prévoit une phase transitoire jusqu'à la fin 2020. Durant cette phase, les relations avec le Royaume-Uni resteront régies par les dispositions de l'ALCP conclu entre la Suisse et l'UE, et donc par les modalités des règlements (CE) no 883/2004 et (CE) no 987/2009 sur la coordination des systèmes de sécurité sociale

Lorsqu'elle s'achèvera, l'ALCP ne s'appliquera plus aux relations entre la Suisse et le Royaume-Uni. La Suisse souhaite garantir les droits et les obligations existants 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 pour les personnes soumises à l'ALCP avant le Brexit. Cet accord entrera en vigueur dès que les relations entre la Suisse et le Royaume-Uni cesseront d'être régies par l'ALCP.

La coordination future des assurances sociales entre la Suisse et le Royaume-Uni reste très floue. Des discussions à ce propos sont en cours. Lorsque l'ALCP ne sera plus applicable, la convention de sécurité sociale de 1968, qu'il avait suspendue, s'appliquera en principe de nouveau. Certes, cette ancienne convention ne serait pas équivalente à l'ALCP, notamment parce qu'elle ne régit que l'assurance de rentes. Cependant, 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 est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> octobre 2019.

**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 2020.

**Kosovo :** La nouvelle convention est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> septembre 2019.

**Bosnie et Herzégovine :** La convention a été signée en octobre 2018. Le projet sera soumis à l'approbation du Parlement durant l'été 2020.

**Albanie :** Les négociations en vue de la conclusion d'une nouvelle convention de sécurité sociale avec l'Albanie se sont achevées. La signature de la convention est prévue pour 2020.

## 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 qu'il mène 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 2019, 23 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 la Plateforme nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté.

#### Projets de recherche et d'évaluation de l'OFAS ayant fait l'objet d'une publication en 2019 : un exemple

La réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT), en 2008, ainsi que la mise en œuvre de la 4<sup>e</sup> révision et du 1<sup>er</sup> volet de la 6<sup>e</sup> révision de l'AI, ont modifié les rôles respectifs des acteurs concernés et le mode de financement des formes de logement des personnes en situation de handicap en Suisse. Ainsi, depuis l'entrée en vigueur de la RPT, les cantons financent les offres de logement destinées à ces personnes. Par ailleurs, la ratification (en 2014) et la mise en œuvre de la Convention de l'ONU relative aux droits des personnes handicapées (CDPH) ont entraîné une tendance à favoriser, lorsque cela est possible, les formes de logement plus autonomes que le home. Les différences cantonales dans l'organisation des offres de logement peuvent influencer le choix entre un logement de type « institutionnel » et un logement de type « privé ». Le programme de recherche sur l'assurance-invalidité (PR-AI) a lancé une étude devant dresser un état des lieux systématique des offres de logement destinées aux adultes en situation de handicap qui

touchent des prestations de l'AI, ainsi qu'une analyse approfondie des acteurs qui participent à son organisation et à son financement. Ce mandat a été confié à la Haute école spécialisée bernoise en collaboration avec les bureaux Interface et Evaluanda.

Les auteurs ont établi une typologie des offres de logement destinées aux personnes en situation de handicap, laquelle distingue sommairement entre « logement en institution » et « logement privé » avec soutien. À l'intérieur de ces formes d'habitation, il est possible d'établir une distinction plus fine entre quatre types :

- Type A : forme de logement en institution avec encadrement 24 heures sur 24
- Type B : forme de logement en institution avec encadrement de plus courte durée et attentes plus grandes envers les résidents en termes d'autonomie
- Type C : logement privé avec assistance (fournie par un/e assistant/e et/ou d'autres offres similaires)
- Type D : logement privé avec accompagnement ponctuel (accompagnement à domicile financé sur la base de l'art. 74 LAI et/ou autres offres d'accompagnement)

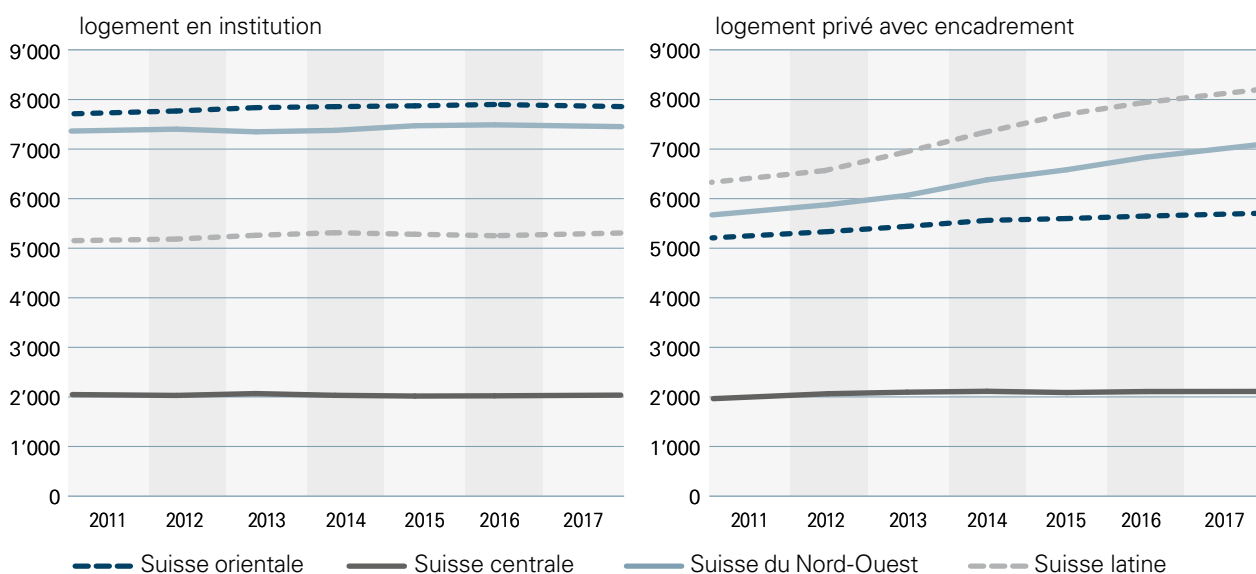
Il apparaît que la structure de l'offre varie beaucoup selon les cantons. Elle dépend en particulier de leur taille, des organisations actives sur leur territoire ainsi que de la nature et de la forme de la collaboration entre le canton et les prestataires. Dans les petits cantons, il n'existe en général que peu d'institutions et l'offre est relativement limitée. Globalement, l'offre de logement destinée aux personnes en situation de handicap est en train de changer. Elle s'est de plus en plus modulée et diversifiée au cours des dernières années. Même si des structures de home classiques continuent d'exister, de nombreuses institutions ont modifié leur offre pour la faire évoluer vers des structures décentralisées, de type appartement, intégrées dans des ensembles résidentiels.

Tant le domaine du logement en institution (types A et B) que celui du « logement privé » (types C et D) se sont développés sur la période considérée (de 2011 à 2017). Le nombre de places en institution pour des adultes percevant des prestations de l'AI (rente AI, API) a progressé de 4,8 % de 2011 à 2015, soit un peu plus que l'évolution démographique sur la même période (4,0 %). Le nombre de places (des types A et B) pour 1000 habitants est de 4,0. En revanche, le nombre de personnes percevant des prestations de l'AI qui vivent en logement privé a augmenté de 20,5 % de 2011 à 2017. La proportion de personnes avec soutien à domicile dans le domaine privé est de 4,4 sur 1000 habitants. Le nombre total de personnes percevant des prestations de l'AI et recourant à une offre de loge-

ment a augmenté de 17 % de 2011 à 2017, atteignant 48 512 personnes. En plus du développement démographique, des facteurs tels que l'introduction de la contribution d'assistance dans l'AI en 2012 ont participé à cette tendance.

De 2011 à 2017, on observe un léger déplacement du logement en institution vers le logement privé avec services, cette tendance étant davantage prononcée dans la partie latine de la Suisse ainsi que dans le nord-ouest du pays (voir le graphique ci-dessous). Par voie de conséquence, la part du logement privé dans l'ensemble des personnes en situation de handicap bénéficiant de soutien dans leur logement est passée de 46,3 % à 49 %.

### Logement en institution et logement privé avec encadrement par régions



Source : données de la CdC sur l'AI, les PC et l'API, tableau BFH.

Sur la base des résultats, les chercheurs adressent des recommandations aux cantons, à la Conférence des directrices et directeurs cantonaux des affaires sociales, aux fournisseurs d'offres de logement, aux organisations d'aide aux personnes en situation de handicap ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales. Ils recommandent en particulier la poursuite de la diver-

sification des offres, la constitution d'offres de conseil pour la transition entre logement institutionnel et logement privé, la diffusion des bonnes pratiques développées dans le cadre de projets pilotes cantonaux, et enfin le lancement d'une étude sur les flux financiers entre institutions et niveaux institutionnels (cantons et Confédération) au sein des cantons.

## 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'intention du Conseil fédéral sur l'application et le développement de l'assurance-vieillesse et survivants et de l'assurance-invalidité. Elle s'est réunie deux fois en 2019. Les discussions ont notamment porté sur les prestations transitoires pour chômeurs âgés, l'observation

des assurés par les assurances sociales, la numérisation des APG, l'avancée des négociations autour du Brexit et la situation économique des bénéficiaires d'une rente du 1er pilier (AVS/AI) ayant droit à une rente complémentaire pour enfant. 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 une reprise en 2019. Il y a été question des résultats du programme de recherche sur l'AI, des projets pilotes au sens de l'art. 68<sup>quater</sup> 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 2019.

#### **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.

La Commission LPP a siégé à quatre reprises en 2019. Lors de la séance du 27 août 2019, elle a formulé sa recommandation quant au niveau du taux d'intérêt minimal LPP et publié un rapport expliquant sa démarche à cet égard vis-à-vis du public.

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

La CFEJ est une commission extraparlimentaire 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 récentes 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](http://www.cfej.admin.ch).

### **Commission fédérale pour les questions familiales COFF**

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

### **Commission fédérale du travail (CFT)**

La CFT émet des avis à l'intention des autorités fédérales sur des questions de législation et d'exécution dans le domaine de la loi sur le travail.

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

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

législatifs et peut formuler des propositions, en particulier dans le domaine des mesures relatives au marché du travail (MMT). Elle est habilitée à émettre des directives générales relatives à l'exécution de MMT. La Commission comprend sept représentants des employeurs, sept des travailleurs ainsi que deux de la Confédération, quatre des cantons et un des milieux scientifiques. Le Conseil fédéral nomme les membres et désigne le président. La commission a tenu cinq séances plénières en 2018. De plus, le renouvellement intégral de la commission pour la période 2020 à 2023 a eu lieu en 2019.

### **Commission fédérale des médicaments (CFM)**

La CFM a tenu six séances en 2019. Elle a principalement examiné des demandes d'admission de médicaments dans la liste des spécialités et de modification concernant des médicaments figurant dans cette liste (extension des indications, modifications des limitations, augmentations de prix).

### **Commission fédérale des prestations générales et des principes (CFPP)**

La CFPP s'est réunie quatre fois en 2019. Ses activités ont consisté principalement à traiter des demandes relatives à de nouvelles prestations, à des 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 2019. La sous-commission des moyens et appareils et la sous-commission des analyses ont tenu chacune deux séances.

## Observations

Lors de la votation populaire du 25 novembre 2018, les citoyens ont accepté l'inscription dans la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) les nouvelles règles concernant la surveillance des assurés arrêtées par l'Assemblée fédérale le 16 mars 2018. Le 7 juin 2019, le Conseil fédéral a adopté les dispositions d'exécution à inscrire dans l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales (OPGA), requises en vue de la mise en œuvre des nouveaux articles sur l'observation (art. 43a et 43b LPGA). Ces dispositions sont entrées en vigueur le 1er octobre 2019 après que le Tribunal fédéral, dans son arrêt du 8 août 2019, a rejeté les recours contre la votation populaire.

Depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2019, les assureurs sociaux peuvent à nouveau procéder à des observations lorsque les conditions légales sont remplies dans un cas concret. Sur la période du 1<sup>er</sup> octobre au 31 décembre 2019, deux observations ont été ordonnées dans l'assurance-invalidité et une dans l'assurance-accidents.

À compter de l'exercice 2020, toutes les assurances sociales soumises à la LPGA présenteront des statistiques détaillées concernant les observations ordonnées et réalisées. Les Directives de l'OFAS sur les observations effectuées pour les assurances sociales (DOAS), publiées le 15 novembre 2019, règlent (entre autres) en détail les modalités de relevé statistique et d'établissement de rapports sur les observations au sens de la LPGA (annexe 1). Toutes les assurances sociales soumises à la LPGA doivent (la première fois pour l'année 2020) relever leurs données conformément aux prescriptions de ces directives et les transmettre annuellement à l'OFAS.

Les spécialistes mandatés par les assureurs sociaux pour effectuer les observations doivent disposer d'une autorisation de l'OFAS au sens de l'art.

7a OPGA. Cette autorisation est octroyée sur demande pour une durée de cinq ans dès lors que les conditions de l'art. 7b OPGA sont remplies : le requérant doit posséder les connaissances juridiques indispensables, une formation à l'exécution d'une observation et une expérience suffisante dans ce domaine ; il ne doit exister à son encontre aucun acte de défaut de bien ni procédure pénale ou civile pendante pour atteinte à la personnalité. L'extrait du casier judiciaire du requérant doit en outre être exempt de toute infraction faisant apparaître un lien avec l'activité soumise à autorisation.

Pour les requérants qui ne disposent pas d'une formation initiale ou continue suffisante en matière d'observation au sens de l'art. 7b, al. 1, let. e, OPGA, mais possèdent une grande expérience attestée de l'observation dans le domaine des assurances sociales et remplissent toutes les autres conditions de l'art. 7b, al. 1, OPGA, l'OFAS pouvait, jusqu'à la fin mars 2020, délivrer une autorisation limitée à deux ans (art. 18a, al 1, OPGA).

Au 24 avril 2020, l'OFAS avait reçu 78 demandes d'autorisation en tant que spécialiste de l'observation, sur lesquelles il en a accordé 32 pour une durée de cinq ans et 22 pour une durée de deux ans. Sept personnes ont retiré leur demande et neuf l'ont mise en suspens. L'OFAS a rejeté une demande par décision (non encore exécutoire).





---

## Evolution et mesures touchant l'ensemble du système

### Jurisprudence

La jurisprudence revêt une grande importance pour la mise en œuvre 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 bien plus vaste lorsqu'elle traite de questions de principe, qui influent considérablement sur la fonction d'une assurance sociale, ou encore sur ses recettes ou ses dépenses. Les arrêts des juridictions supérieures peuvent également mettre en lumière la nécessité de légiférer sur telle ou telle question.

### Assurance-invalidité

#### Revirement de jurisprudence : la reconnaissance de la toxicomanie primaire comme une maladie psychique

##### ATF 145 V 215

Par arrêt 9C\_724/2018 du 11 juillet 2019, le Tribunal fédéral a officiellement reconnu le syndrome primaire de dépendance comme une maladie psychique qui, d'un point de vue de l'assurance-invalidité, doit désormais faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281, au même titre que toutes les autres maladies psychiques (ATF 143 V 409 et 143 V 418). À la suite d'un examen approfondi des connaissances médicales actuelles, le Tribunal fédéral abandonne ainsi la présomption selon laquelle la personne dépendante était capable de surmonter seule sa dépendance, dont elle était, au demeurant, elle-même responsable. Évidemment, la personne concernée reste soumise à l'obligation de réduire le dommage, notamment à celle de participer activement aux mesures médicales raisonnablement exigibles (cf. art. 7, al. 2, let. d, LAI). En cas de violation de cette obligation, les prestations peuvent être réduites ou supprimées en application de l'art. 21 al. 4, LPGA.

Selon la pratique du Tribunal fédéral jusqu'alors, les toxicomanies primaires en tant que telles ne justifiaient en principe pas la reconnaissance d'une invalidité au sens de la loi. La dépendance n'était pertinente dans la perspective de l'assurance-invalidité que lorsqu'elle était à l'origine d'une maladie ou d'un accident ou lorsqu'elle résultait d'une maladie. Avec ce revirement de jurisprudence, toute pertinence ne peut plus être d'emblée niée à un syndrome de dépendance ou à un trouble d'utilisation de substances addictives diagnostiqué irréfutablement par des spécialistes. Il s'agit dorénavant, comme pour toutes les autres maladies psychiques, de déterminer selon une grille d'évaluation normative et structurée si, et le cas échéant jusqu'à quel point, un syndrome de dépendance diagnostiqué par des spécialistes influence dans le cas examiné la capacité de travail.

Il n'est pas surprenant que le Tribunal fédéral ait fait ce pas supplémentaire en étendant sa jurisprudence relative aux maladies psychiques désormais également au syndrome de dépendance. Il fallait s'attendre à cette décision. En ce sens, la présomption selon laquelle la toxicomanie primaire ne conduit en principe pas à une invalidité ne figure plus dans la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI) depuis 2016 déjà. Concrètement, cette nouvelle jurisprudence a été appliquée par les tribunaux à toutes les affaires encore pendantes au moment du changement de pratique, ce qui s'est souvent traduit par un renvoi de la cause à l'office AI compétent afin qu'il procède aux instructions complémentaires exigées par cette nouvelle jurisprudence et rende une nouvelle décision (voir, par exemple, arrêt du Tribunal fédéral 8C\_245/2019 du 16 septembre 2019).

---

## Assurance-maladie

**L'imputation proportionnelle (mensuelle) de la réduction des primes sur les primes devant encore être payées pendant l'année de référence et sur celles déjà facturées mais non encore payées est compatible avec le but de la réduction des primes au sens du droit déterminant. La pratique cantonale voulant que les factures de primes ou de participation aux coûts impayées soient déduites intégralement (c'est-à-dire sans limitation au pro rata [ou mensuelle]) des arriérés s'écarte sans nécessité du système établi et conforme à la loi instauré par la « plateforme d'échange de données Sedex » (art. 106b, al. 1, OAMal) et doit être qualifiée de contraire au droit fédéral.**

### **Arrêt du TF 9C\_442/2019 du 29 octobre 2019**

Dans le cas présent, le litige a pour origine la poursuite intervenue à tort selon l'instance précédente. Cette poursuite soulève en premier lieu la question de savoir si la réduction de primes allouée à l'assuré et à son épouse pour eux-mêmes et leur fille le 31 mars 2017 à hauteur de 4273 fr. 20 pour l'année de référence 2017 peut être déduite intégralement ou seulement au pro rata des primes de 4093 fr. 50 (6 x 682,25) pour les mois de janvier à juin 2017 et si, pour le solde, elle peut être utilisée en couverture de la participation aux coûts de 44 fr. 95 selon facture du 27 avril 2017 et des frais de rappel de 20 francs.

L'instance précédente est arrivée à la conclusion que l'assureur devait être en possession, le 30 juin 2017, de la réduction des primes allouée pour toute l'année de référence 2017 à raison de 4273 fr. 20 et qu'il aurait ainsi dû procéder à une déduction totale et non pas proportionnelle (mensuelle) des arriérés. Par conséquent, il aurait impérativement dû opérer la compensation avec les arriérés au plus tard le 30 juin 2017, « d'autant plus qu'il n'y a aucune disposition de droit fédéral ni de droit cantonal qui permettrait une compensation seulement proportion-

nelle de la réduction des primes allouée pour une année de référence avec les primes d'assurance payables mensuellement ». Avec le versement des réductions de primes à hauteur de 4273 fr. 20 au total au 30 juin 2017, toutes les créances en suspens (4093 fr. 50 de primes, 44 fr. 95 de participation aux coûts et 20 francs de frais de rappel) auraient dû être couvertes. La poursuite notifiée par l'office compétent serait dès lors injustifiée.

L'assureur a cependant fait valoir que les assureurs sont tenus d'intégrer pour chaque mois, dans leur système d'administration des données de la clientèle, les réductions de primes individuelles qui sont signalées par le canton au moyen de la plateforme d'échange de données Sedex de l'Office fédéral de la statistique. Imputer manuellement des réductions de primes prévues pour des primes futures dans le but de compenser sur le plan comptable des primes déjà échues n'est pas possible sur le plan technique. Le processus est entièrement automatisé. En outre, conformément aux dispositions claires du droit applicable, il est interdit d'utiliser les réductions de primes pour amortir des participations aux coûts et des frais de rappel.

Le Tribunal fédéral souligne que, conformément à l'art. 4, al. 1, de l'ordonnance du DFI du 13 novembre 2012 sur l'échange de données relatif à la réduction des primes (OEDRP-DFI), les services cantonaux au sens de l'art. 106b, al. 1, OAMal et les assureurs sont censés utiliser la plateforme d'échange de données Sedex de l'Office fédéral de la statistique pour leurs échanges de données. Le Tribunal fédéral examine ensuite si l'on peut tirer des normes déterminantes en matière de réduction des primes quelque chose qui s'oppose à cette pratique uniforme et informatisée de tous les assureurs et il retient que tel n'est pas le cas pour la question ici posée. La réduction des primes a pour but d'atténuer la charge financière que repré-

---

## Evolution et mesures touchant l'ensemble du système

sentent les primes de l'assurance-maladie pour les assurés de condition économique modeste. L'imputation proportionnelle (mensuelle) de la réduction des primes sur les primes devant encore être payées pendant l'année de référence et sur celles déjà facturées mais non encore payées est compatible avec ce but. L'instance précédente s'est dès lors écartée sans nécessité d'un système établi et conforme à la loi, ce qu'il faut qualifier de contraire au droit fédéral. Le recours de l'assureur est admis. La décision de l'instance précédente (tribunal cantonal des assurances) est annulée et la décision sur opposition de l'assureur est confirmée.

**La baisse du taux d'escompte de 2 % à 0,5 % par l'assureur-maladie intervenue en 2011 aurait dû être contestée avant 2018 par le recourant. Le fait que celui-ci ne s'est pas opposé plus tôt à ce changement doit être analysé comme une acceptation par actes concluants au sens du droit des obligations.**

**Arrêt du TF 9C\_317/2019 du 24 septembre 2019**

Le Tribunal fédéral retient qu'en l'espèce, il n'est point besoin de trancher si la relation juridique contractuelle déterminée par l'octroi d'une déduction à titre d'escompte en cas de versement annuel anticipé des primes relève du droit public ou du droit privé. De même, il n'est pas nécessaire de décider si l'assureur a le droit de réduire unilatéralement le taux d'escompte ni s'il doit faire connaître la modification en même temps ou au plus tard lors de la communication du montant des primes pour l'année à venir pour que la personne concernée puisse éventuellement modifier son mode de paiement des primes, voire changer d'assureur, comme l'affirme le recourant (consid. 7). Quoi qu'il en soit, le recourant doit se laisser opposer qu'il n'a contesté qu'en janvier 2018 la baisse du taux d'escompte de 2 % à 0,5 % intervenue en 2011. Le fait qu'il ne se soit pas opposé à cette modification contractuelle pendant des années doit être inter-

prété comme une acceptation par actes concluants (sur l'applicabilité du droit des obligations dans le domaine de l'assurance sociale des soins, voir TFA, arrêt K 171/98 du 28 février 2001, consid. 2 c/aa, in : SVR 2002 KV N°2 p. 5). En conclusion, la décision attaquée n'est pas contraire au droit (fédéral) et le recours est infondé.

**Le versement de la réduction des primes pour les mois de septembre 2016 à janvier 2017 à l'assureur-maladie conduit à une extinction de la dette au sens de l'art. 86, al. 1, du code des obligations. Les primes dues pour les mois de septembre 2016 à janvier 2017 étaient donc amorties et la créance en primes était éteinte à concurrence de ce montant. Il s'ensuit que la mainlevée accordée concerne d'autres faits que ceux définis à l'art. 64a LAMal et que l'assuré ne doit pas non plus être condamné au paiement des frais de poursuite.**

**Arrêt du TF 9C\_289/2019 du 16 septembre 2019**

Comme le droit du fils du recourant à la réduction des primes pour les mois de septembre à décembre 2016 et janvier 2017 a été annulé le 18 janvier 2017, l'assureur-maladie a réclamé par décompte de primes du 4 mars 2017 le remboursement du montant correspondant aux mois de septembre 2016 à janvier 2017. Une procédure de poursuite a été introduite, et l'assureur a obtenu la mainlevée à concurrence de 366 fr. 25 (plus frais de sommation de 60 francs). Ce montant a été réduit à 361 fr. 55 par décision sur opposition du 16 mai 2018. Toutefois, le droit à la réduction des primes a ensuite aussi été confirmé pour la période de septembre 2016 à janvier 2017. La somme a été versée à l'assureur. Celui-ci n'a cependant pas utilisé cette somme pour compenser sa créance en suspens, mais l'a versée au recourant en relevant que le montant faisant l'objet de la procédure de poursuite en cours sur la base de l'art. 64a LAMal restait dû.

Le recours a été rejeté par le tribunal cantonal des assurances par arrêt du 20 mars 2019 pour le motif que l'assureur a omis de compenser sa créance en suspens de 366 fr. 25 avec la réduction des primes d'un montant de 361 fr. 55 reçue seulement après coup. Il aurait au contraire versé le montant de 361 fr. 25 sur le compte du recourant. Pour l'instance précédente, il est alors évident que le recourant continue de devoir le montant de 366 fr. 25 à l'assureur.

À ce sujet, le Tribunal fédéral retient ce qui suit aux considérants 4.2 et 4.3. La contribution au titre de la réduction des primes est versée directement à l'assureur auprès duquel le bénéficiaire est assuré (art. 65, al. 1, 2e phrase, LAMal). Avec l'octroi et le versement de la réduction des primes à l'assureur pour les mois de septembre 2016 à janvier 2017, les primes encore dues pour cette période ont été amorties (amortissement des dettes clairement « défini » au sens de l'art. 86, al. 1, CO). Contrairement à l'opinion manifeste de l'instance précédente (tribunal des assurances du canton compétent), le virement au recourant n'a pas entraîné une renaissance de la dette de primes de 366 fr. 25, comme en cas d'annulation rétroactive d'une réduction des primes (allouée et versée). Lorsque la décision sur opposition du 16 mai 2018, attaquée devant l'instance précédente, a été rendue, les primes pour les mois de septembre 2016 à janvier 2017 étaient amorties à hauteur de 361 fr. 55, c'est-à-dire que la créance de primes était éteinte à concurrence de ce montant. Au vu de ce qui précède, la mainlevée prononcée et confirmée par l'instance précédente à hauteur de 361 fr. 55 a une autre base juridique que l'art. 64a LAMal, ce qui exige d'emprunter une autre voie de droit. En résumé, l'obligation de l'assuré de payer les primes pour la période de septembre à décembre 2016 et janvier 2017 a été éteinte par le versement après coup de la réduction des primes correspondante à l'assureur. En conséquence, l'assuré ne doit pas non plus payer les frais de pour-

suite. Le recours est admis. L'arrêt du tribunal des assurances du canton compétent et la décision sur opposition de l'assureur sont annulés.

### **Notion de paiement intégral des primes arriérées au sens de l'art. 64a, al. 5, LAMal**

#### **Arrêt du TF 9C\_160/2019 du 20 août 2019v**

L'assureur a mis en poursuites l'assuré pour des primes et des participations aux coûts impayées pour lesquelles il a obtenu des actes de défaut de biens. Le canton a pris en charge 85 % des montants arriérés. L'assuré a proposé à l'assureur de racheter les actes de défaut de biens à hauteur de 47,70 % de leur valeur. Par décision formelle, l'assureur a refusé cette proposition. L'assuré intente un recours contre cette décision. La question à résoudre est celle de savoir si le « paiement intégral » au sens de l'art. 64a, al. 5, LAMal comprend la part cantonale visée à l'art. 64a, al. 4, LAMal. Selon le recourant, une interprétation correcte de l'art. 64a, al. 5, LAMal implique que la notion de « paiement intégral » des créances arriérées comprend la part de celles-ci prise en charge par le canton à hauteur de 85 % en application de l'art. 64a, al. 4, LAMal. Admettre le contraire conduirait à autoriser l'assureur-maladie à réaliser une plus-value, équivalente à un enrichissement illégitime. Par ailleurs, l'identité de la personne à l'origine du remboursement importerait peu, et seul le désintéressement complet de l'assureur serait déterminant pour la possibilité de rachat.

L'art. 64a LAMal n'interfère pas dans la relation contractuelle entre l'assureur et l'assuré. Même si le canton prend en charge 85 % des créances relevant de l'assurance obligatoire des soins pour lesquelles un acte de défaut de biens a été délivré, l'assureur reste le seul créancier de l'assuré. Il demeure seul habilité à obtenir le paiement des créances impayées. L'assuré demeure par conséquent le débiteur de l'assureur-maladie de l'entier de la créance faisant l'objet de l'acte de défaut de biens, même si

---

## Evolution et mesures touchant l'ensemble du système

le canton a pris en charge 85 % de celle-ci. En conclusion, la dette de l'assuré à l'égard de son assureur n'est pas diminuée par la prise en charge par le canton de 85 % des créances. La notion de paiement intégral au sens de l'art. 64a, al. 5, LAMal signifie que l'assureur conserve les actes de défaut de biens aussi longtemps que l'assuré ne s'est pas acquitté de la totalité du montant figurant dans l'acte de défaut de biens. Une déduction de la part des créances prise en charge par le canton à hauteur de 85 % en application de l'art. 64a, al. 4, LAMal n'est pas prévue.

La clé de répartition fixée par le législateur à l'art. 64a, al. 4 et 5, LAMal a pour but de diviser la perte financière entre l'assureur et le canton en cas de non-paiement de la part de l'assuré et non de libérer l'assuré du paiement de l'entier des primes et des participations aux coûts. Cette clé de répartition concerne uniquement les relations entre les assureurs et les cantons. Le système mis en place doit également inciter les assureurs à entreprendre les démarches administratives nécessaires au recouvrement des primes et participations aux coûts impayées.

### **Légitimation de l'assureur-maladie pour réclamer les primes lorsque le droit à la réduction des primes de l'assuré a été supprimé avec effet rétroactif**

#### **Arrêt du TF 9C\_291/2019 du 24 juin 2019**

Le recourant est au bénéfice des prestations complémentaires. À ce titre, sa prime-maladie est entièrement prise en charge par ces dernières. La Caisse cantonale AVS/AI/PG a supprimé le droit à la réduction des primes avec effet rétroactif pour la période de janvier 2014 à avril 2016. Suite à cette décision, l'assureur a réclamé à l'assuré les primes pour cette période. L'assureur a rejeté la demande de l'assuré de remise concernant le montant des primes.

L'assuré conteste la légitimation de l'assureur pour réclamer le montant des primes ; il estime qu'il ap-

partient à la Caisse cantonale AVS/AI/PG, qui a versé à l'assureur les réductions de primes, de réclamer les subsides versés à tort. Selon le Tribunal fédéral, en cas de versement de la réduction de primes directement à l'assureur, le canton se substitue à l'assuré en ce qui concerne le paiement de la prime. Si ce dernier ne bénéficie plus du droit au subside, il est tenu de payer lui-même la prime directement à l'assureur. De son côté, l'assureur a l'obligation d'encaisser la prime. En l'espèce, comme le droit à la réduction de primes a été supprimé avec effet rétroactif, l'assureur a la légitimation pour réclamer le versement de la prime à l'assuré. En d'autres termes, l'assureur se trouve dans la situation qui existait avant l'octroi du droit au subside (qui a été révoqué par la suite).

Pour ces motifs, le Tribunal fédéral a rejeté le recours.

### **La contribution aux frais de séjour hospitalier doit être déduite de la facture de l'hôpital avant de tenir compte de la franchise et de la quote-part.**

#### **Arrêt du TF 9C\_716/2018 du 14 mai 2019**

Le recourant est assuré auprès de la caisse-maladie X pour ce qui est de l'assurance obligatoire des soins (franchise : 2500 francs). Les 27 et 28 août 2016, il est hospitalisé à l'hôpital cantonal Y, ce qui donne lieu à une facture de 1696 fr. 30. La caisse-maladie X demande par la suite au recourant une participation aux coûts de 1726 fr. 30 (1696 fr. 30 plus 30 francs de contribution aux frais de séjour hospitalier). Le recourant s'acquitte du montant de 1696 fr. 30, mais conteste la contribution aux frais de séjour hospitalier et exige une décision attaquable. Par décision du 24 janvier 2017, la caisse-maladie intime au recourant de lui verser la contribution aux frais de séjour hospitalier de 30 francs liée au séjour à l'hôpital Y. Elle maintient sa décision à l'issue de la procédure d'opposition.

Le tribunal des assurances sociales a admis le re-

---

cours interjeté par le recourant contre la décision sur opposition en ceci qu'il a annulé la décision sur opposition et jugé que le recourant ne devait pas payer la contribution aux frais de séjour hospitalier de 30 francs qui lui était réclamée. L'instance précédente a admis que le mode de décompte de la caisse-maladie correspondait aux exigences légales de l'art. 64 LAMal au sens où la contribution aux frais de séjour hospitalier y est séparée des autres participations aux coûts. Elle a ajouté que cela correspond aussi à la systématique de la loi, qui prend en compte d'abord la franchise, puis la quote-part et enfin la contribution aux frais de séjour hospitalier. Il n'y aurait pas de place pour la méthode divergente préconisée par l'assuré et selon laquelle la contribution aux frais de séjour hospitalier devrait d'abord être déduite de la facture de l'hôpital avant que la franchise et la quote-part soient prises en compte. Le tribunal des assurances sociales a ensuite considéré que la contribution aux frais de séjour hospitalier ne correspond pas à proprement parler à une participation aux coûts, mais à un remboursement de coûts. En tant que telle, elle pourrait n'être due que si un assureur devait effectivement prendre en charge les frais d'hébergement et de nourriture sur la base de l'art. 25, al. 2, let. e, LAMal ou s'il devait rembourser une contribution au moins égale à la contribution aux frais de séjour hospitalier. Tel ne serait pas le cas en l'espèce, dans la mesure où le montant total facturé par l'hôpital est couvert par la franchise à prendre en considération en premier lieu, de sorte que l'assuré devrait régler entièrement ce montant. Dans ces circonstances, une contribution aux frais de séjour hospitalier ne saurait être prélevée en plus.

La caisse-maladie recourante fait valoir que l'interprétation de l'art. 64 LAMal en relation avec l'art. 104 OAMal donnée par l'instance précédente serait contraire au principe de l'égalité de traitement (art. 5, al. 1, let. f, LSAMal), parce que l'obligation pour les assurés de s'acquitter ou non d'une contri-

bution aux frais de séjour hospitalier dépendrait du montant de leur franchise. Une inégalité de traitement pourrait en outre se produire même entre des personnes ayant la même franchise selon la chronologie du décompte ou du traitement (c'est-à-dire selon que le séjour hospitalier a lieu, en plus d'autres traitements, au début ou à la fin de l'année), ce qu'il y aurait lieu d'empêcher. En l'espèce, le principe de la légalité serait aussi violé parce que l'assuré n'aurait pas à payer une contribution aux frais de séjour hospitalier bien qu'il ne figure pas dans la liste exhaustive des exceptions prévues à l'art. 104, al. 2, OAMal. Forte de ces arguments, la caisse-maladie recourante estime que la contribution aux frais de séjour hospitalier est due même lorsque – comme c'est le cas en l'espèce – le montant facturé par le fournisseur de prestations est déjà entièrement couvert par la franchise.

L'assuré fait valoir qu'il faut d'abord déduire la contribution aux frais de séjour hospitalier de la facture de l'hôpital et seulement après prendre en considération la franchise et la quote-part. Ce ne serait qu'ainsi qu'on empêcherait des irrégularités et des contradictions suivant les circonstances. Concrètement, la prise en compte préalable de la contribution aux frais de séjour hospitalier garantirait que, comme cela est prévu par la loi et postulé par la caisse-maladie recourante, cette contribution soit toujours (sauf dans les exceptions clairement définies à l'art. 104 OAMal) prise en charge par l'assuré indépendamment de la franchise et de la quote-part. Ce serait la seule façon d'éviter qu'une quote-part de participation soit exigée en plus des montants de participation aux coûts dont la valeur est fixée (comme la franchise en tant que montant maximal par année d'assurance ou la contribution aux frais de séjour hospitalier en tant que montant fixe par événement), sachant qu'une telle quote-part pourrait bien sûr ne se rapporter qu'à la part des coûts qui devrait sinon être couverte par l'assureur.

---

Comme l'a considéré à juste titre le tribunal cantonal, on ne peut pas exiger de l'assuré une participation aux coûts de son traitement supérieure au montant facturé par le fournisseur de prestations. Dès lors, l'assuré ne peut être débiteur d'un montant ou d'un remboursement que si l'assurance-maladie prend effectivement en charge les frais d'hébergement et de nourriture. Toute autre solution aboutirait, dans les cas identiques à celui qui se présente ici, à un enrichissement illégitime de l'assureur au détriment de l'assuré. Pour ce seul motif, on ne saurait se rallier à la thèse défendue par la caisse-maladie recourante, selon laquelle la contribution aux frais de séjour hospitalier doit être prise en considération en dernier lieu et ne pas être plafonnée. Il reste à examiner l'ordre des participations (plafonnées) aux coûts. À ce sujet, il faut interpréter l'art. 64 LAMal.

L'art. 64, al. 1, LAMal pose le principe de la participation des assurés aux coûts des prestations dont ils bénéficient. Selon l'al. 2, cette participation consiste en un montant annuel fixe (franchise ; let. a) et 10 % des coûts qui dépassent la franchise (quote-part ; let. b). En cas d'hospitalisation, les assurés versent en outre, en vertu de l'al. 5, une contribution aux frais de séjour, échelonnée en fonction des charges de famille et dont le Conseil fédéral fixe le montant. L'expression « en outre » donne certes à penser que les frais hospitaliers sont dus indépendamment du fait que l'assuré doit aussi participer aux coûts conformément à l'art. 64, al. 2, LAMal ; contrairement au considérant 4.2 de l'arrêt attaqué de l'instance précédente, on ne peut en déduire aucun ordre de priorité des participations aux coûts. C'est dire que, dans sa teneur, la disposition ne précise pas de manière directe si la facturation doit concerner d'abord la franchise, puis la quote-part et enfin la contribution plafonnée aux frais de séjour hospitalier (comme le pensent l'instance précédente et l'OFSP) ou plutôt si la contribution aux frais de séjour hospitalier doit être

prélevée en premier, avant la franchise et la quote-part (comme le pense l'assuré).

Contrairement à l'opinion de l'instance précédente et à celle de l'OFSP, une interprétation systématique ne permet aucune déduction non plus quant à l'ordre des participations aux coûts. Ainsi, l'art. 64, al. 1, LAMal traite de la participation générale des assurés aux coûts pour les traitements ambulatoires et hospitaliers alors que l'al. 5, en tant que *lex specialis*, ne concerne que le cas d'un séjour hospitalier.

Selon le Tribunal fédéral, l'art. 64, al. 5, LAMal doit être considéré dans une perspective téléologique. Le principe contenu dans cette disposition, à savoir que les assurés versent une contribution aux frais du séjour hospitalier, trouve sa justification dans le fait que les coûts hospitaliers à couvrir par l'assurance-maladie comprennent aussi des frais de séjour et de nourriture qui se présenteraient à la maison. Comme l'assuré en réalise l'économie lors d'une hospitalisation, sa participation aux frais de séjour hospitalier apparaît équitable (voir arrêt K 135/06 du 27 avril 2007, consid. 2.7, avec renvoi au message). Si la franchise et la quote-part étaient prises en considération en premier lieu et la contribution aux frais de séjour hospitalier seulement en dernier lieu, l'assuré aurait à participer doublement aux frais dans la mesure où il devrait verser la quote-part de 10 % non seulement sur les frais dépassant la franchise et devant être assumé par l'assureur au sens de l'art. 64, al. 2, LAMal, mais aussi sur la contribution qui, selon l'al. 5, est « en outre » à la charge de l'assuré. Les travaux préparatoires ne contiennent aucun indice d'une volonté ou d'une prise en compte du législateur pour une telle double participation (dont le résultat serait, pour l'assuré, un versement supplémentaire de 10 % de la contribution aux frais de séjour hospitalier de 15 francs, soit 1 fr. 50 de plus par jour). Il s'ensuit que seul l'ordre des priorités soutenu par l'assuré, prévoyant que la contribution aux frais

---

de séjour hospitalier soit prise en compte en premier lieu avec la facture de l'hôpital et que la franchise et la quote-part ne soient qu'ensuite prises en considération, est opportun et approprié.

Non seulement la solution proposée par l'assuré empêche une double participation, mais encore elle respecte le principe d'égalité et ne viole pas celui de la légalité, étant précisé que tous les débiteurs d'une contribution mentionnés à l'art. 104 OAMal doivent verser la contribution aux frais de séjour hospitalier en plus et indépendamment de la franchise et de la quote-part, mais aussi indépendamment de la chronologie du traitement (la chronologie de la facturation n'est cependant pas déterminante ; voir art. 103, al. 3, OAMal).

**Les numéros des acomptes révèlent quels arriérés de primes l'intimée voulait régler (partiellement) (voir art. 86, al. 1, CO).**

**Arrêt du TF 9C\_329/2018 du 5 avril 2019**

Le dossier fait ressortir clairement quels arriérés de primes l'assuré voulait régler (partiellement) par ses acomptes (voir art. 86, al. 1, CO). Comme leur affectation était donc claire, l'instance précédente a violé le droit fédéral en attribuant les virements du 4 août 2015 à une créance non désignée par l'assuré. Le recours est admis.

**Pas de plafonnement absolu pour la prise en charge des coûts d'un traitement**

**Arrêt du TF 9C\_744/2018 du 1<sup>er</sup> avril 2019**

Il n'existe pas de plafonnement absolu pour les coûts d'un traitement hospitalier à supporter par l'assurance obligatoire des soins. Tant que les diverses mesures médicales remplissent les conditions légales, l'obligation de l'assurance-maladie de fournir sa prestation est illimitée. Le Tribunal fédéral rejette le recours d'une caisse-maladie. Selon la loi sur l'assurance-maladie (LAMal), il existe plutôt une obligation illimitée de fournir les prestations

tant que chaque mesure individuelle faisant partie du traitement hospitalier satisfait aux conditions d'efficacité, d'adéquation et d'économicité. Il n'y a pas de base dans la LAMal pour un rationnement des prestations dans le sens où, pour réduire les coûts globaux, des prestations médicales nécessaires ne devraient pas être mises à la charge de l'assurance obligatoire des soins.

**Validité d'une décision d'une caisse-maladie notifiée en courrier APlus**

**Arrêt du TF 9C\_655/2018 du 28 janvier 2019**

Le recourant n'a ni boîte aux lettres ni case postale, mais il a souscrit un accord de réexpédition auprès de l'office postal de Comano (TI) du 19 décembre 2017 au 30 novembre 2018. Son assureur-maladie lui a notifié en courrier APlus une décision formelle le 2 février 2018, par laquelle il rejette la résiliation de l'assurance obligatoire des soins. Cette décision est arrivée à l'office postal de Comano le 3 février 2018 à 8 h 21 et était à disposition du recourant pour être retirée le 3 février 2018 dès 8 h 55. Le recourant ne l'a cependant effectivement retirée que le 8 février 2018. Le délai d'opposition a commencé à courir le lendemain du moment où la décision est entrée dans la sphère de puissance du recourant, soit le 4 février 2018. Son opposition du 7 mars 2018 est tardive.

**Réduction des primes de l'assurance-maladie : limite de revenu fixée trop bas en 2017 dans le canton de Lucerne.**

**Arrêt du TF 8C\_228/2018 du 22 janvier 2019**

Selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), les cantons réduisent d'au moins 50 % les primes des enfants et jeunes adultes en formation pour les personnes à bas et moyens revenus (selon la teneur de l'art. 65, al. 1bis, LAMal en vigueur jusqu'à fin 2018). Le gouvernement cantonal lucernois avait fixé rétroactivement pour 2017 à 54 000 francs la limite de revenu déterminante pour une réduction de moitié des primes de la caisse-maladie



---

pour les enfants et jeunes adultes (revenu net selon la déclaration d'impôt avec certaines compensations et déductions). Le tribunal cantonal lucernois a rejeté une demande de contrôler la réglementation en question, présentée par plusieurs particuliers.

Le Tribunal fédéral admet le recours de ces personnes et annule les dispositions correspondantes de l'ordonnance sur la réduction des primes du canton de Lucerne pour l'année 2017.

Le Tribunal fédéral arrive à la conclusion que la limite de revenu de 54 000 francs pour avoir droit à une réduction des primes des enfants et jeunes adultes est fixée à un niveau trop bas et qu'elle est contraire au droit fédéral. Certes, les cantons disposent d'une importante liberté de décision dans la définition des « bas et moyens revenus » qui, selon le droit fédéral, doivent bénéficier d'une réduction des primes. L'autonomie des cantons est toutefois limitée par l'exigence que leurs dispositions d'exécution sur la réduction des primes ne sauraient aller à l'encontre du sens et de l'esprit de la législation fédérale et compromettre son but. Comme l'a constaté le tribunal cantonal sur la base de valeurs statistiques, le revenu net moyen des couples mariés avec enfants s'élevait à environ 86 800 francs dans le canton de Lucerne en 2015. La limite supérieure des « moyens revenus » se situait vers 130 300 francs et la limite inférieure, vers 60 800 francs. Comme dans le calcul du revenu déterminant pour la réduction des primes, il faut retirer du revenu net un forfait de 9 000 francs par enfant dans le canton de Lucerne, il existe un droit à la réduction des primes pour des parents avec un enfant jusqu'à un revenu déterminant de 63 000 francs. C'est dire que la limite inférieure de revenu en vigueur en 2017 dans le canton de Lucerne pour la réduction des primes ne correspond qu'à la tranche plancher des moyens revenus. Dans la réglementation de droit fédéral, la notion de « moyens revenus » ne devait cependant pas couvrir que cette

couche la plus basse. Dans les débats aux Chambres fédérales sur la réduction des primes, il a été maintes fois souligné que l'instrument de la réduction des primes devrait dorénavant décharger les familles à revenus moyens ou jusqu'à celles appartenant à la classe moyenne. Malgré le respect dû à l'autonomie des cantons, la limite de revenu de 54 000 francs est contraire au sens et à l'esprit du droit fédéral, car elle a pour effet que seule une infime partie de la classe des personnes à revenu moyen peut bénéficier de la réduction des primes pour enfants et jeunes adultes en formation. La limite de revenu fixée contourne le but visé et doit par conséquent être annulée.

## Actions récursoires des assureurs sociaux

### **Le privilège de recours appartient au bailleur de services et non pas à l'entreprise locataire de services**

#### **ATF 143 III 63**

Par contrat de location de services d'avril 2014, le bailleur de services A SA a loué l'aide-charpentier X à la société H SA (entreprise locataire de services). Au début du mois d'octobre 2014, X a été atteint par une pièce de charpente ayant chuté lors de travaux de démolition, ce qui l'a fait tomber dans le vide et lui a causé une fracture métatarsienne des deux pieds. En tant qu'assureur LAA, la Suva a fourni les prestations légales, a exercé un recours correspondant à l'encontre de l'entreprise locataire de services, à savoir H SA, et a considéré que le privilège de recours de l'art. 75, al. 2, LPGA (privilège de l'employeur) n'appartenait, au sens de la jurisprudence actuelle du Tribunal fédéral, qu'à la société A SA en sa qualité de bailleur de services. H SA a contesté la créance et a invoqué de son côté le privilège de l'employeur. Après l'introduction d'une action en justice par la Suva contre H SA, les parties ont conclu un compromis judiciaire partiel. H SA reconnaissait la créance récursoire pour autant qu'elle ne puisse pas se fonder sur le privilège de recours. Les

deux parties ont demandé au tribunal de poursuivre la procédure en tenant compte du compromis partiel. L'instance précédente a admis l'action de la Suva et est arrivée à la conclusion qu'en tant qu'entreprise locataire, H SA ne pouvait pas se fonder sur le privilège de l'employeur vis-à-vis de la créance récursoire. H SA a recouru au Tribunal fédéral contre ce jugement. Selon le Tribunal fédéral, il faut partir du principe que l'assuré LAA est lié par un contrat de travail avec le bailleur de services et non pas avec l'entreprise locataire de services. C'est aussi le bailleur de services qui paie les primes de l'assurance-accidents obligatoire pour les travailleurs dont il donne les services en location. Certes, la LAA ne contient pas de définition de l'employeur expressément différente de celle de l'art. 11 LPGA, mais, avec la définition de la personne soumise à l'obligation de s'assurer selon l'art. 1a LAA, la notion d'employeur est comprise de manière plus large que dans le droit civil (art. 319 CO) et est étendue aussi aux rapports de droit public. La définition sert toutefois principalement à faire la distinction entre le travail indépendant et dépendant. Dans le rapport de location de services, la personne entrant en ligne de compte comme employeur selon la définition légale est le bailleur de services et non pas l'entreprise locataire de services. Certes, contrairement à l'opinion de l'instance précédente, une interprétation systématique de l'art. 82, al. 1, LAA en relation avec l'art. 10 de l'ordonnance sur la prévention des accidents et des maladies professionnelles (OPA) permettrait a priori de considérer que, dans la location de services, l'entreprise locataire de services pourrait elle aussi être comprise dans la notion d'employeur. Cependant, il ressort clairement des travaux préparatoires de l'art. 72, al. 2, LPGA que le législateur n'a pas voulu élargir le cercle des employeurs bénéficiaires par rapport à l'ancien privilège de responsabilité visé à l'ancien art. 44, al. 2, LAA. Il est exact que le bailleur de services répercute sur l'entreprise locataire de services les contributions sociales dont il doit s'acquitter (voir art. 22, let.

f, LSE). Toutefois, cela ne change rien au fait que, selon l'art. 91 LAA, le bailleur de service est tenu en tant qu'employeur au versement des primes LAA (consid. 2). Le recours est rejeté.

## Allocations familiales

### Compensation entre deux caisses de compensation pour allocations familiales

#### Arrêt du 13 août 2019 du Tribunal des assurances du canton de Zurich

En l'espèce, le père de l'enfant a perçu des allocations familiales pendant plus de cinq ans, alors qu'il s'est avéré ultérieurement que, selon l'ordre de priorité prévu à l'art. 7, al. 1, de la loi fédérale sur les allocations familiales (LAFam), c'est la mère qui était en réalité le premier ayant droit. La caisse de compensation pour allocations familiales (CAF) a en conséquence fait valoir son droit à restitution. Avec son recours, le père de l'enfant a présenté une « confirmation et déclaration de renonciation » signée par lui-même et la mère de l'enfant, et il a demandé une compensation des allocations entre les deux CAF ainsi que la renonciation à la demande de restitution.

Le nouveau ch. 538.4 des directives pour l'application de la LAFam (DAFam), qui a été ajouté le 1<sup>er</sup> janvier 2019, contient une liste non exhaustive des situations dans lesquelles une compensation a lieu entre deux CAF en cas de restitutions ou de versements rétroactifs. La condition est que les ayants droit concernés aient donné leur accord.

Le tribunal considère que le ch. 538.4 DAFam constitue une solution et une base appropriées pour une mise en œuvre la plus simple possible des correctifs que pose souvent, en pratique, l'ordre de priorité complexe de l'art. 7, al. 1, LAFam.

Le tribunal déduit en outre du ch. 538.4 DAFam l'obligation d'une procédure coordonnée entre les deux CAF pour clarifier les demandes d'allocations des deux parents.

## Abréviations

<b>AA</b>	Assurance-accidents
<b>AC</b>	Assurance-chômage
<b>AF</b>	Allocations familiales
<b>AI</b>	Assurance-invalidité
<b>ALCP</b>	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> )
<b>AM</b>	Assurance militaire
<b>AMal</b>	Assurance-maladie
<b>AOS</b>	Assurance obligatoire des soins
<b>APG</b>	Allocations pour perte de gain
<b>API</b>	Allocations pour impotent
<b>ATF</b>	Arrêt du Tribunal fédéral
<b>AVS</b>	Assurance-vieillesse et survivants
<b>CAF</b>	Caisse de compensation pour allocations familiales
<b>CDAS</b>	Conférence des directrices et directeurs cantonaux des affaires sociales
<b>CdC</b>	Centrale de compensation
<b>CFAMA</b>	Commission fédérale des analyses, moyens et appareils
<b>CFEJ</b>	Commission fédérale pour l'enfance et la jeunesse
<b>CFM</b>	Commission fédérale des médicaments
<b>CFPP</b>	Commission fédérale des prestations générales et des principes
<b>CGAS</b>	Compte global des assurances sociales
<b>CII</b>	Collaboration interinstitutionnelle
<b>COFF</b>	Commission fédérale de coordination pour les questions familiales
<b>Commission fédérale AVS/AI</b>	Commission fédérale de l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité
<b>Commission fédérale LPP</b>	Commission fédérale de la prévoyance professionnelle
<b>CSSS-E</b>	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats
<b>CSSS-N</b>	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national
<b>DFI</b>	Département fédéral de l'intérieur
<b>FMH</b>	Fédération suisse des médecins
<b>IC LAMal</b>	Institution commune LAMal
<b>LAA</b>	Loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ( <i>RS 832.20</i> )
<b>LACI</b>	Loi fédérale du 25 juin 1982 sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité ( <i>RS 837.0</i> )
<b>LAFam</b>	Loi fédérale du 24 mars 2006 sur les allocations familiales ( <i>RS 836.2</i> )
<b>LAI</b>	Loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ( <i>RS 831.20</i> )
<b>LAMal</b>	Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ( <i>RS 832.10</i> )
<b>LAPG</b>	Loi fédérale sur les allocations pour perte de gain en cas de service et de maternité ( <i>RS 834.1</i> )

<b>LAVS</b>	Loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants (RS 831.10)
<b>LFA</b>	Loi fédérale du 20 juin 1952 sur les allocations familiales dans l'agriculture (RS 836.1)
<b>LFLP</b>	Loi fédérale du 17 décembre 1993 sur le libre passage dans la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité (RS 831.42)
<b>LPC</b>	Loi fédérale du 6 octobre 2006 sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (RS 831.30)
<b>LPGA</b>	Loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (RS 830.1)
<b>LPP</b>	Loi fédérale du 25 juin 1982 sur la prévoyance professionnelle, vieillesse, survivants et invalidité (RS 831.40)
<b>LPPCi</b>	Loi fédérale du 4 octobre 2002 sur la protection de la population et sur la protection civile (RS 520.1)
<b>LSAMal</b>	Loi du 26 septembre 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie (RS 832.12)
<b>OAMal</b>	Ordonnance du 27 juin 1997 sur l'assurance-maladie (RS 832.102)
<b>OFAG</b>	Office fédéral de l'agriculture
<b>OFAS</b>	Office fédéral des assurances sociales
<b>OFL</b>	Office fédéral du logement
<b>OFS</b>	Office fédéral de la statistique
<b>OFSP</b>	Office fédéral de la santé publique
<b>OLAA</b>	Ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents (RS 832.202)
<b>OPAS</b>	Ordonnance du DFI du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (RS 832.112.31).
<b>ORP</b>	Office régional de placement
<b>PC</b>	Prestations complémentaires
<b>PIB</b>	Produit intérieur brut
<b>PP</b>	Prévoyance professionnelle
<b>RAI</b>	Règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RS 831.201)
<b>RPT</b>	Réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons
<b>SAS</b>	Statistique des assurances sociales suisses (318.122.10.f)
<b>SECO</b>	Secrétariat d'Etat à l'économie
<b>SEFRI</b>	Secrétariat d'Etat à la formation, à la recherche et à l'innovation
<b>Suva</b>	Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents
<b>SwissDRG</b>	Swiss Diagnosis Related Groups
<b>TV</b>	Taux de variation
<b>TVA</b>	Taxe sur la valeur ajoutée
<b>VSI</b>	(Prévoyance) vieillesse, survivants et invalidité



