

Assurances sociales 2020

Rapport annuel selon l'article 76 LPGA



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Assurances sociales 2020

Rapport annuel selon l'article 76 LPGA

Approuvé par le Conseil fédéral le 23 juin 2021

Publié par l'Office fédéral des assurances sociales, 2021
OFCL, Diffusion publications, CH-3003 Berne,
www.bundespublikationen.admin.ch

Photo couverture : Walter Schurter, Köniz

318.121.20F 350 08.21 860485301

Informations complémentaires sur les assurances sociales

Statistique de poche « Les assurances sociales suisses » 2021

Numéro de commande 318.00121F (français), 318.001.21D (allemand), 318.001.21I (italien), 318.001.21E (anglais)

« Statistique des assurances sociales suisses » 2021 (parution fin 2021)

Numéro de commande 318.122.21F (français), 318.122.21D (allemand)

Statistiques actuelles pour les différentes assurances sociales :

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

Remarque :

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

Titre abrégé : Assurances sociales 2020, rapport annuel du Conseil fédéral

Table des matières

Avant-propos	3
Survol général, perspectives et principaux développements	4
Résultats 2020 : AVS, AI, PC et APG	4
Résultats 2010 à 2020 : AVS, AI et PC	6
Raisons de la progression des dépenses de 2009 à 2019	7
Le taux des prestations sociales, indicateur des prestations des assurances sociales	9
Contributions de la Confédération	10
Stratégie en matière de sécurité sociale	11
Survol par branches	21
AVS Assurance-vieillesse et survivants	22
AI Assurance-invalidité	32
PC Prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI	40
PP Prévoyance professionnelle	44
AMal Assurance-maladie	52
AA Assurance-accidents	66
AM Assurance militaire	70
APG Allocations pour perte de gain	74
AC Assurance-chômage	80
AF Allocations familiales	86
Evolution et mesures touchant l'ensemble du système	94
Aides financières à des organisations de l'aide privée aux personnes âgées ou handicapées	94
Recours contre le tiers responsable	96
Relations internationales	97
Recherche	100
Commissions extraparlimentaires fédérales	102
Observations	104
Jurisprudence	108
Abréviations	116

Avant-propos

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

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 des diverses assurances : 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 la structure habituelle. En matière de politique et de législation, il se concentre sur l'année 2020. 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 2019, telles qu'elles se présentaient en avril 2021 (donc parfois encore provisoires).

Survol général, perspectives et principaux développements

Résultats 2020 : AVS, AI, PC et APG

À l'exception de 2012, de 2018 et de 2020, 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 2006 et 2017 respectivement.

1^{er} pilier : le 1^{er} pilier comprend les prestations de base du système suisse de prévoyance vieillesse, survivants et invalidité. Il est essentiellement financé par les cotisations salariales. Le taux de cotisation à l'AVS a été relevé de 0,3 point de pourcentage pour être porté à 8,7% au 1^{er} janvier 2020. Les cotisations à l'AVS ont ainsi enregistré une hausse de 5,0 %. Les cotisations à l'AI ont augmenté de 1,3 % en 2020. L'année précédente, les cotisations à l'AVS et à l'AI avaient toutes deux progressé de 2,5 %.

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), puis enregistré un nouveau ralentissement en 2020 (1,6 % et 1,2 %).

AVS : L'AVS a connu en 2020 une augmentation des cotisations de 5,0 % (contre 2,5 % en 2019) en raison de l'évolution positive des salaires et du maintien de la croissance de l'emploi. La somme des rentes AVS a augmenté de 2,5 % en 2019, année d'adaptation des rentes, et de 1,7 % en 2020. La somme des rentes versées en 2020 a progressé dans des proportions moins importantes que les cotisations. Le résultat de répartition s'est ainsi sensiblement amélioré par rapport à 2019 et se révèle positif pour la première fois depuis 2013, affichant

579 millions de francs. Le résultat d'exploitation s'élevait à 1941 millions de francs.

AI : À l'instar de 2019, après la fin des paiements rétroactifs au titre du relèvement temporaire de la TVA, le résultat de répartition de l'AI s'est inscrit en territoire négatif en 2020. Malgré un bon produit des placements (164 millions de francs), le résultat d'exploitation s'est aussi révélé négatif (-267 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 5,4 milliards de francs en 2020. Le taux de croissance des dépenses et des recettes, de 3,3 %, s'inscrit à un sommet depuis 2014. Depuis 2010 – à l'exception de 2012 et 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 2020. 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.

PC à l'AVS : Les PC à l'AVS évoluent de manière analogue à cette assurance. En 2020, les PC ont amélioré de 8,3 % la somme des rentes AVS ; 12,7 % des bénéficiaires de rente de vieillesse et 9,4 % 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 2,8 % en 2020. 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

51,9 %. En 2020, 49,3 % des bénéficiaires de rente AI ont perçu des PC.

APG : En 2020, les recettes ont diminué de 0,9 % et les dépenses de 3,4 %. La baisse des recettes s'explique principalement par le recul de la performance des placements, dont le produit s'est chiffré à 50 millions de francs (2019 : 89 millions de francs), ce qui a abouti à un résultat d'exploitation de 184 millions de francs. Le résultat de répartition, hors produit des placements, était également positif en 2020 (134 millions de francs).

Survol général, perspectives et principaux développements

Résultats 2010 à 2020 : AVS, AI et PC

Le graphique ci-dessous montre que le 1^{er} pilier affiche des taux de variation constamment plus élevés au cours des années d'adaptation des rentes. Les dépenses dans le domaine de la prévoyance VSI ont progressé à des taux compris entre 1,2 et 3,6 % en 2020.

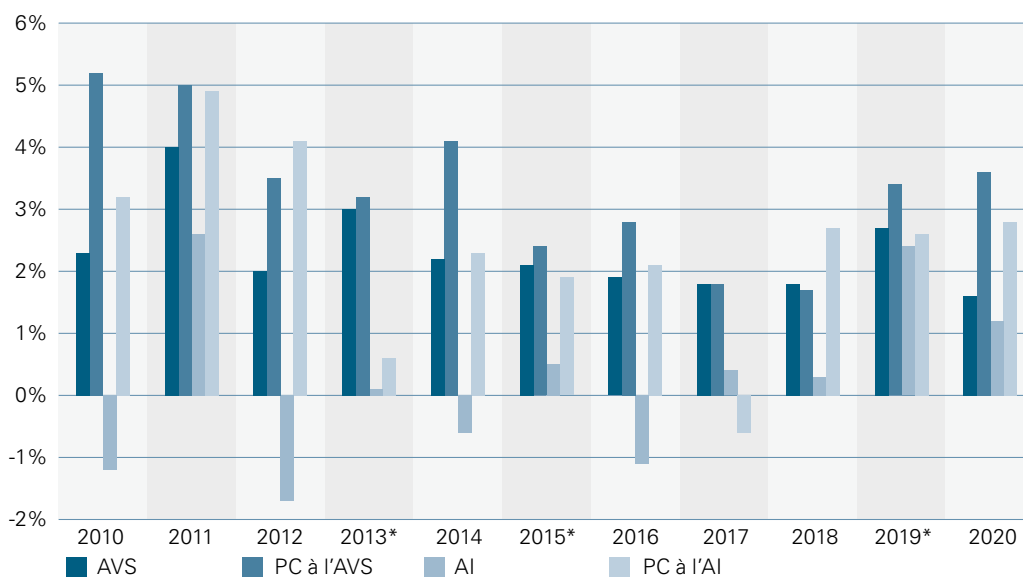
AVS : L'évolution des dépenses de l'AVS se caractérise par des taux de variation comparativement modestes sur l'ensemble de la période considérée. Le taux de croissance des dépenses de l'AVS se situe autour de 2 %, sauf en 2011, 2013 et 2019 (années d'adaptation). La croissance des dépenses tend à être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

AI : En 2020, les dépenses de l'AI ont progressé modérément (1,2 %). Elles ont connu des hausses largement supérieures à 2 % uniquement durant les années d'adaptation des rentes 2011 et 2019. Les autres années, la croissance des dépenses s'est parfois même révélée négative.

PC à l'AVS : Les taux de croissance enregistrés en 2019 et en 2020 (3,4 % et 3,6 % respectivement) ont été aussi élevés 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 2020, 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^{er} pilier de la prévoyance VSI de 2010 à 2020, taux de variation



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

Source : CGAS de l'OFAS, SAS 2021

Raisons de la progression des dépenses de 2009 à 2019

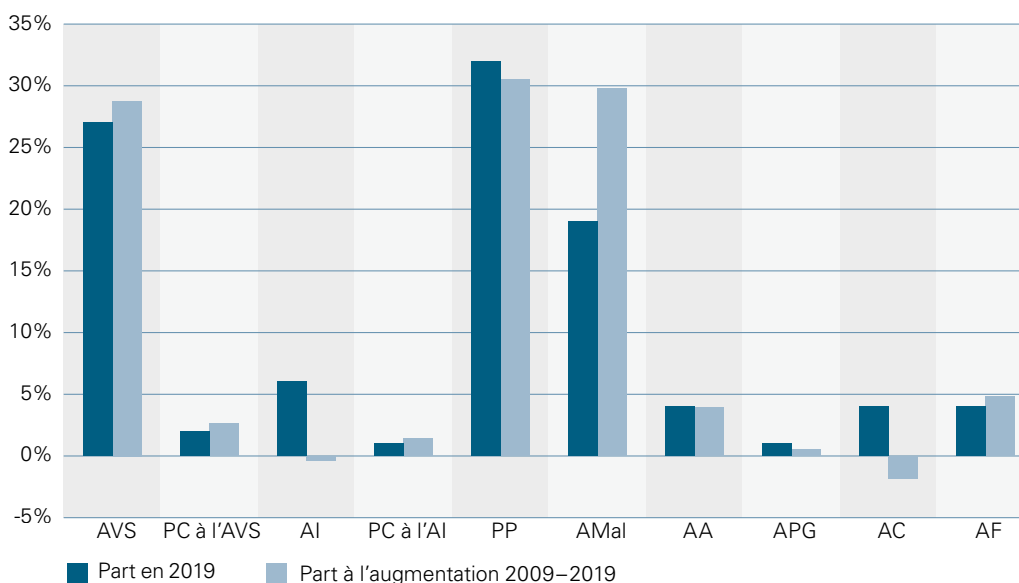
L'évolution des dépenses dépend principalement des risques couverts par les différentes assurances sociales. Le **compte global des assurances sociales (CGAS)** offre une vue d'ensemble précise des recettes et des dépenses respectives ; il est fondé sur les données de 2019 en raison de contraintes liées à la saisie.

Le graphique ci-dessous met en évidence la part des dépenses de chaque assurance sociale en 2019 par rapport aux dépenses totales, ainsi que leur contribution à l'augmentation globale des dépenses ces dix dernières années (2009-2019). Les dépenses totales consolidées ont été de 134 milliards de francs en 2009 et de 166 milliards en 2019, soit une hausse de 33 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 2019. 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'AI et de l'AC. Les paragraphes suivants esquisseront 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 32 %. 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 33 milliards de francs, puisque 10 milliards (30 %) 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 2019. Leur part à l'augmentation des dépenses totales entre 2009 et 2019 est de 29 %, soit 9 milliards de francs.

Évolution de la part des dépenses de 2009 à 2019



Source : CGAS de l'OFAS, SAS 2021

Survol général, perspectives et principaux développements

- À l'aune des dépenses, l'**AMal** vient en troisième position des assurances sociales (19 %) et contribue pour une part supérieure à la moyenne, à hauteur 30 %, soit 10 milliards de francs, à l'augmentation des dépenses totales sur la période considérée.
- L'**AI** se maintient en quatrième position (6 %), bien que sa contribution à l'augmentation des dépenses totales des dix dernières années ait été proche de zéro (-0,1 milliard de francs).
- La part de l'**AC** aux dépenses globales du CGAS s'élevait à 4 %. Entre 2009 et 2019, les dépenses de l'AC ont freiné la croissance des dépenses totales (-2 %).

En résumé, ce sont avant tout l'AMal, la PP et l'AVS qui ont gagné en importance depuis 2009.

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 2019, 1,7 % des dépenses des assurances sociales (qui atteignaient 166,3 milliards de francs). Les dépenses de l'aide sociale ont augmenté en moyenne de 1,8 % entre 2014 et 2019. Avec un taux d'aide sociale s'élevant à 3,2 % de la population résidente de Suisse en 2019, 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 21,2 %.

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

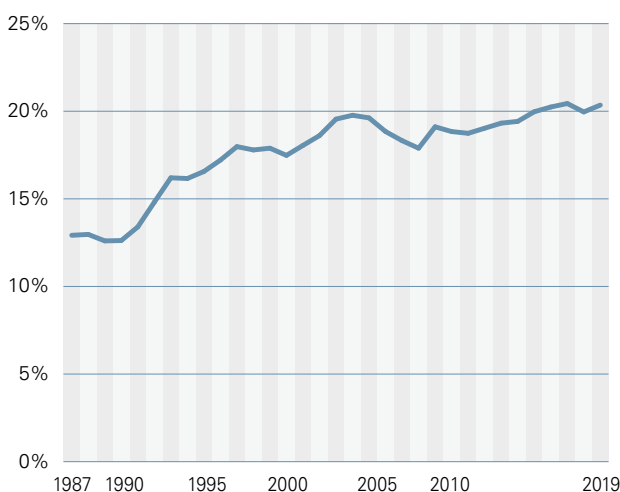
Le taux des prestations sociales vise à déterminer la part de la production économique globale à laquelle pourraient prétendre les bénéficiaires de prestations des assurances sociales. En tant **qu'indicateur** du rapport entre protection sociale et économie, il fournit des informations utiles sur **l'évolution** 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 12,9 % en 1987 à 20,3 % en 2019 (hausse de 7,4 points).

L'accélération de 20,0 % à 20,3 % observée en 2019 s'explique par une croissance modérée du PIB couplée à une forte augmentation des prestations des assurances sociales. La croissance de 1,0 % du PIB aurait permis une progression identique des prestations sociales et le taux des prestations sociales se serait maintenu à 20,0 %. Or, ces prestations ont connu l'une de leurs plus faibles hausses depuis 1987 avec 3,0 % – soit une progression nettement supérieure à celle du PIB – d'où l'augmentation du taux des prestations sociales de 0,4 point. Ainsi, le poids des prestations sociales dans la répartition des revenus s'est accru en 2019. L'augmentation de 2019 est principalement due à la hausse des prestations dans la PP (4,0 %) et l'AMal (3,9 %). Malgré la faible croissance du PIB, le taux de chômage a de nouveau reculé, passant de 2,5 % à 2,3 %. Par ailleurs, les prestations de la PP ont enregistré une progression comparable à celle des années précédentes, tandis que les prestations de l'AVS ont plus fortement augmenté à la suite de l'adaptation des rentes.

Taux des prestations sociales, de 1987 à 2019



Source : CGAS de l'OFAS, SAS 2021

1 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 2020, elle a pu couvrir 2,4 milliards de francs (16 %) de sa contribution par des recettes à affectation fixe.

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

Contributions de la Confédération à l'AVS, à l'AI et aux PC en 2020, en millions de francs

	2020	Variation 2019/2020
Contributions de la Confédération¹		
à l'AVS	9'287	5,0%
à l'AI Contribution ordinaire	3'617	-0,1%
aux PC ²	1'664	4,1%
Total	14'568	3,6%
dont produit de l'imposition à affectation liée², destiné à couvrir en partie les contributions fédérales pour l'AVS, l'AI et les PC		
Tabac	2'158	5,7%
Alcool ³	242	6,7%
Part de la TVA	–	–
Total	2'400	-13,2%

1 Contributions dues en vertu du compte final des assurances sociales, avril 2021.

2 Y compris participation de la Confédération aux frais d'administration (2020 : 38,1 millions de francs).

3 Selon le compte d'État 2020 .

Stratégie dans le domaine de la sécurité sociale

Importance d'une stratégie pour la sécurité sociale

La sécurité sociale revêt une importance primordiale dans tout État moderne. Elle 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 l'un des principaux domaines d'activité de la Confédération suisse, qui y consacre plus du tiers de son budget. Sous l'effet de la pandémie et de ses conséquences conjoncturelles, le poids relatif de l'ensemble des dépenses sociales dans l'économie nationale s'est fortement accru en 2020 – une évolution observable dans la quasi-totalité des pays. 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 ainsi que conséquences de la crise du coronavirus

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 un défi de taille 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. Les développements intervenus sur le front des technologies de l'information et de la communication ont permis le déploiement à grande échelle du télétravail durant la pandémie. À l'avenir, l'accélération des mutations technologiques nécessitera probablement une mise à niveau permanente des qualifications professionnelles durant toute la vie active, tout en risquant de donner naissance à des formes de travail plus instables (à l'instar du travail de plateforme) et donc à de nouvelles biographies professionnelles (par ex. interruptions de carrière fréquentes). C'est pourquoi il convient de suivre attentivement les évolutions dans ce domaine et leurs répercussions sur la couverture sociale ainsi que, le cas échéant, de procéder aux réajustements qui s'imposent en vue de la protection des nouveaux types d'activités.

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^e 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.

En tant que pandémie de dimension historique, la crise provoquée par le coronavirus peut avoir des répercussions négatives considérables sur l'économie et donc sur la situation financière de la popula-

Stratégie dans le domaine de la sécurité sociale

tion. 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 perte de gain Covid-19 pour différents groupes concernés – ont grandement contribué à maintenir l'emploi, à garantir les salaires, à soutenir les indépendants et, par tant, à atténuer sensiblement l'impact économique de la pandémie. Mais la pandémie a aussi mis en évidence la précarité sociale et économique, en termes de conditions de vie et de travail, dans laquelle se trouvent certains segments de la population. Ils ne disposent d'aucune marge de manœuvre pour absorber les conséquences d'une crise et leur couverture sociale est suffisante face aux événements imprévus.

Pour l'AVS et l'AI, les répercussions à court terme de la crise demeurent limitées : au regard du nombre total de bénéficiaires de rente, la surmortalité n'entre que peu en ligne de compte. Un recul a certes été observé sur le front de l'immigration, mais aussi sur celui de l'émigration – de sorte que le solde migratoire est resté positif. À l'heure actuelle, les répercussions de la crise à un horizon plus lointain ne sont pas encore mesurables puisqu'elles dépendent de l'évolution future de la pandémie, de l'impact économique connexe ainsi que des effets à long terme pour les personnes infectées au Covid-19.

rances sociales est maintenue ; ces dernières sont consolidées sur le plan financier et adaptées à l'évolution sociale ».

La stratégie en matière de politique sociale vise à réaliser les objectifs sociaux définis dans la Constitution² et à mettre en œuvre les objectifs de la législature³ ainsi que les objectifs annuels du Conseil fédéral⁴. À ce sujet, le message sur le programme sur le programme de la législature 2019–2023 précise : « Grâce à la vaste couverture offerte par les assurances sociales, la population suisse est bien protégée contre les risques financiers. L'évolution démographique, sociale, économique et culturelle de la société appelle néanmoins de nombreuses adaptations et interventions dans le système social. Les propositions de réformes doivent tenir compte des intérêts de toutes les classes d'âge et respecter le pacte intergénérationnel ».

À court terme, les objectifs pour 2020 étaient les suivants :

- la Suisse réforme ses assurances sociales et en assure durablement le financement (objectif 9) ;
- la Suisse dispose d'un système de soins de qualité qui soit financièrement supportable et de conditions favorables à la santé (objectif 10) ;
- la Suisse encourage la cohésion sociale et l'égalité entre les sexes (objectif 8).

Objectifs stratégiques

La stratégie du Conseil fédéral concrétise la « Stratégie pour le développement durable 2030 »¹, qui poursuit pour le domaine de la politique sociale l'objectif suivant : « La couverture garantie par les assu-

Prévoyance vieillesse

Situation et défis

Le financement de l'AVS se dégrade sensiblement, avec un résultat de répartition négatif depuis 2014. Les recettes ne suffisent plus à financer les rentes en cours, quand bien même le système de financement par répartition exige un équilibre permanent entre recettes et dépenses. Cette situation s'accroît d'autant plus que les assurés de la génération à forte natalité (baby-boomers) atteignent peu à peu l'âge de la retraite. Avec l'acceptation du projet de

1 La « Stratégie pour le développement durable 2030 » a été mise en consultation le 4.11.2020 (<https://www.are.admin.ch/sdd>).

2 Art. 41 Cst.

3 www.bk.admin.ch > Documentation > Aide à la conduite stratégique > Programme de la législature Le message sur le programme sur le programme de la législature 2019-2023 a été adopté le 29.1.2020.

4 www.bk.admin.ch > Documentation > Aide à la conduite stratégique > Les objectifs

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. Le Fonds de compensation doit en outre pouvoir couvrir l'intégralité des dépenses annuelles. En l'absence de mesures de stabilisation, les réserves de l'AVS s'établiraient à 30 milliards de francs en 2020, soit 50 % seulement des dépenses annuelles.

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^e révision de l'AVS (première version) en 2004, l'adaptation du taux de conversion minimal et la 11^e révision de l'AVS (nouvelle version) en 2010. La réforme Prévoyance vieillesse 2020, qui proposait une réforme du 1^{er} pilier et du 2^e pilier, a été également rejetée par le peuple et les cantons en septembre 2017.

Après ce rejet, la situation financière de l'AVS est plus délicate encore. Pour stabiliser les finances de l'assurance, il faut trouver des ressources supplémentaires, lesquelles dépendent de l'évolution démographique et de la conjoncture économique. Plus les effets d'une réforme se font attendre, plus le déficit se creuse et plus les fonds nécessaires pour le combler et rétablir l'équilibre financier de l'assurance sont 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^{er} et le 2^e pilier au sein d'une même réforme, mais de proposer deux projets distincts (à l'exception du relèvement de l'âge de référence et de la flexibilisation de l'âge de la retraite) selon des calendriers différents. L'AVS doit être traitée en priorité. L'objectif des deux projets reste le même : maintenir le niveau des prestations et garantir l'équilibre financier

du régime de la prévoyance vieillesse. Il conviendra aussi de mieux tenir compte des besoins en matière de flexibilité.

Le 28 août 2019, le Conseil fédéral a adopté le message relatif à la stabilisation de l'AVS (AVS 21). Le projet poursuit comme objectif de maintenir le niveau des prestations et d'assurer le financement de la prévoyance vieillesse jusqu'en 2030. Pour ce faire, il est nécessaire d'harmoniser l'âge de référence des femmes (64 ans actuellement) avec celui des hommes (65 ans) dans le régime de la prévoyance vieillesse. Durant une période transitoire, cette augmentation devra s'accompagner de mesures de compensation en faveur des femmes, et surtout de celles qui disposent d'un revenu bas à moyen. La réforme prévoit également de flexibiliser le moment et les modalités de la perception de la rente ainsi que de relever la TVA de 0,7 point de pourcentage afin de couvrir les besoins financiers de l'AVS jusqu'en 2030. Le Parlement a entamé les débats sur le projet en août 2020. Dans ce cadre, l'augmentation de l'âge de référence des femmes, la nature et l'étendue des mesures de compensation et le montant du financement additionnel par la TVA constituent les principaux points controversés.

Outre le financement durable de l'AVS, l'organisation du régime des rentes de survivants est appelé à revêtir une grande importance dans les années à venir.

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

Stratégie dans le domaine de la sécurité sociale

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^e révision, l'AI contribue à ce que les personnes en situation de handicap puissent continuer de vivre dans leur cadre habituel.
- **Solidarité et cohésion sociale** : lorsque ses assurés ne peuvent être réinsérés sur le marché du travail, l'AI leur octroie, notamment sous forme de rentes, les prestations couvrant leurs besoins vitaux. Ses prestations atteignent tous les groupes de population qui en ont besoin. 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'assurance.

- **Pérennisation** : l'AI vise toujours des comptes équilibrés afin de pouvoir 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 a eu lieu durant la session d'été 2020, pour une entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2022.

Durant la crise du coronavirus, l'AI s'est trouvée confrontée à des défis particuliers concernant la réinsertion professionnelle et les prestations pour les organisations d'aide aux personnes en situation de handicap. La souplesse d'adaptation a permis de poursuivre les mesures le plus largement possible

et de maintenir le vaste éventail de prestations des organisations d'aide aux personnes en situation de handicap. La crise du Covid-19 est toutefois susceptible d'avoir des effets psychiques et somatiques à long terme (« Covid long »), lesquels peuvent impacter l'AI. À cet égard, il y a lieu de suivre attentivement l'évolution de la situation et, si nécessaire, de prendre des mesures appropriées en vue de soutenir les personnes concernées.

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 5e révision de l'AI. Compte tenu de l'évolution technique, de l'importance croissante des systèmes d'information pour l'exécution du 1^{er} pilier et des exigences élevées auxquelles doit aujourd'hui faire face la gouvernance, un réexamen des bases légales de la surveillance s'impose. À la différence de ce qui prévaut dans l'AI, la surveillance de l'AVS est principalement réactive et fondée sur le contrôle. Les instruments disponibles ne sont plus actuels et les dispositions légales relatives à la gouvernance sont lacunaires. Ainsi, dans son organisation actuelle, la surveillance n'est guère en mesure d'identifier les défis futurs et d'y répondre, ou ne peut le faire que tardivement.

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

1. Pour l'AVS, le régime des APG, les PC, les allocations familiales dans l'agriculture et, si nécessaire, l'AI, la surveillance doit prêter une attention accrue aux risques. À cette fin, il est prévu de soumettre les organes d'exécution à l'obligation légale de mettre en place des instruments modernes de gestion et de contrôle. Dans le même temps, de nouvelles bases légales sont nécessaires pour

préciser les tâches et les responsabilités de l'autorité de surveillance.

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

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

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. Le Parlement a entamé les débats sur le projet au cours du 1^{er} semestre 2021.

Assurance-maladie

Santé2030 est la stratégie en matière de politique de santé 2020–2030 du Conseil fédéral, par laquelle il 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

Stratégie dans le domaine de la sécurité sociale

grande qualité avec un système financièrement viable et l'opportunité de vivre en bonne santé.

Dans le domaine de l'assurance-maladie, avec la stratégie Santé2030 ainsi que les objectifs de la législature 2015–2019 et 2019–2023, le Conseil fédéral vise principalement un système de soins qui soit financièrement supportable, tout en garantissant la qualité des soins médicaux et leur accessibilité pour la population. En s'appuyant sur le rapport d'experts publié le 24 août 2017 et intitulé « Mesures visant à freiner la hausse des coûts dans l'assurance obligatoire des soins », le Conseil fédéral a arrêté un programme de maîtrise des coûts le 28 mars 2018. Le Conseil fédéral a adopté, à l'intention des Chambres fédérales, un premier volet comportant neuf mesures ad hoc (« Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1^{er} volet ») le 21 août 2019. En 2020, il a ouvert la procédure de consultation relative au deuxième volet de mesures de maîtrise des coûts dans l'assurance-maladie. Dans le cadre de ce volet, la mesure concernant l'objectif de maîtrise des coûts constitue un contre-projet indirect à l'initiative populaire fédérale « Pour des primes plus basses.

– Frein aux coûts dans le système de santé (initiative pour un frein aux coûts) ».

Déposée le 23 janvier 2020, l'initiative populaire « Maximum 10 % du revenu pour les primes d'assurance-maladie (initiative d'allègement des primes) » vise à ce que les assurés ne consacrent pas plus de 10 % de leur revenu disponible aux primes de l'assurance obligatoire des soins (AOS). Le financement de la part des primes dépassant ces 10 % devrait être assumé à deux tiers au moins par la Confédération, ce qui entraînerait d'importantes dépenses supplémentaires. L'initiative ne contribue pas à la maîtrise des coûts. C'est pourquoi le Conseil fédéral la rejette et y oppose un contre-projet indirect, qui prévoit d'obliger chaque canton à réduire les primes au moyen d'un montant minimal correspondant à une proportion donnée des coûts bruts de l'AOS occasionnés par les assurés du canton. Cette proportion doit être définie en fonction de la charge moyenne que les primes représentent pour les assurés dans le

canton concerné. La procédure de consultation s'est déroulée du 21 octobre 2020 au 4 février 2021. Le message afférent doit être remis au Parlement pour octobre 2021 au plus tard.

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.
- La transparence du marché du travail doit être accrue 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.
- La collaboration avec d'autres assurances sociales et avec l'aide sociale demeure un aspect central dans le cadre de la collaboration interinstitutionnelle (CII).

- Enfin, les mesures arrêtées dans le domaine de l'AC en vue d'atténuer les conséquences économiques du coronavirus doivent limiter les effets négatifs sur l'emploi de la politique de lutte contre la pandémie et, partant, la hausse du chômage. Il convient de les mettre en œuvre dans le cadre des structures existantes.

Prévention et lutte contre la pauvreté

Dans le cadre de la Plateforme nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté 2019–2024, la Confédération travaille sur un certain nombre de thèmes prioritaires en collaboration avec les cantons, les villes et les communes ainsi qu'avec des organisations de la société civile. Elle organise par ailleurs des manifestations pour favoriser l'échange des connaissances et la mise en réseau. Outre les thématiques en cours (participation et protection juridique des personnes touchées par la pauvreté, mesures d'accompagnement et de soutien en faveur de personnes confrontées à des problèmes complexes lors de la transition de la formation professionnelle à l'entrée sur le marché du travail, qualification des adultes, pauvreté des familles), la plateforme traite des conséquences de la crise du coronavirus sur la pauvreté. La pandémie a mis en évidence la précarité sociale et économique, en termes de conditions de vie et de travail, dans laquelle se trouvent certains segments de la population, qui se retrouvent immédiatement en situation de pauvreté face à des événements imprévus. Il s'agit ici de présenter des mesures susceptibles d'offrir une meilleure protection contre de tels cas de figure.

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.

Concernant les relations avec les pays de l'UE et de l'AELE, 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

Stratégie dans le domaine de la sécurité sociale

suisses ont eux aussi la garantie que le fait d'entreprendre une activité lucrative dans un État membre de l'UE ou de l'AELE ne leur fera perdre aucun droit aux prestations de ces assurances. Les prescriptions de coordination ne s'appliquent pas à l'aide sociale. Le Conseil fédéral s'efforce de créer les conditions permettant de maintenir une bonne coordination du système suisse de sécurité sociale avec les systèmes des États membres de l'UE et de l'AELE. À cette fin, l'échange de données avec ces pays doit de plus en plus être opéré par voie électronique. La Suisse a engagé des négociations pour conclure une nouvelle convention de sécurité sociale avec le Royaume-Uni en vue de régler les rapports après 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.

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 »).

De tels 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 crise du coronavirus pourrait donner un dynamisme supplémentaire à la diffusion de nouveaux modèles d'affaires basés sur de nouvelles formes de travail et de nouveaux canaux de consommation et de production. Cette crise a sans doute donné un coup d'accélérateur à la transition numérique de la société. Il est cependant encore trop tôt pour tirer un bilan de l'impact à plus long terme de la pandémie sur l'évolution du travail, que ce soit en termes de volume, de structure ou de conditions sociales et de rémunération dans lesquelles l'exécuter.

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 condi-

tions 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

L'OFAS collabore étroitement avec les organes d'exécution (OE) du 1^{er} pilier/AFam (caisses de compensation, offices AI, caisses d'allocations familiales) et la Centrale de Compensation (CdC), afin d'actualiser la stratégie d'innovation et de transformation numérique dans le domaine de l'exécution des assurances sociales du premier pilier en vue de sa mise en œuvre. Cette collaboration est coordonnée par l'association eAVS/AI. La transformation numérique couvre les interactions avec les assurés, les interactions avec les employeurs et les interactions avec les autres autorités.

Cette stratégie se base sur les activités de cyberadministration lancées par la Confédération et les cantons depuis 2008. Ainsi, et depuis plus de 10 ans, divers progrès ont eu lieu afin de mieux exploiter les avantages du numérique et de poursuivre l'amélioration des services offerts aux citoyens et aux employeurs. Une nouvelle stratégie suisse de cyberadministration 2020–2023 a été publiée en avril 2020 (<https://www.egovernment.ch/fr/umsetzung/e-government-strategie>). Une stratégie suisse numérique a également été adoptée par le Conseil fédéral durant l'automne 2020 (<https://www.uvek.admin.ch/uvek/fr/home/communication/suisse-numerique.html>). Dans le cadre de l'administration fédérale, le Conseil fédéral a adopté le modèle cible pour la transformation numérique de l'administration fédérale au début de l'année 2019. Ce dernier servira de guide au développement des infrastructures numériques et à la transformation digitale de l'administration fédérale (programme DTI-Confédération).

La stratégie TNI du 1^{er} pilier/AFam décrit l'état idéal des systèmes d'information du 1^{er} pilier/AFam sur un horizon temporel de cinq ans, tel que défini par les organes stratégiques du 1^{er} pilier (OFAS, CdC et conférences des organes d'exécution), et s'appuie sur la stratégie suisse de cyberadministration. La stratégie repose sur deux éléments majeurs :

- **L'orientation sur les clients** : les fournisseurs de services des systèmes d'information du 1^{er} pilier s'entendent comme prestataires vis-à-vis des clients. Les processus spécialisés et les systèmes d'information implémentés couvrent les besoins des clients de manière optimale. L'accès aux informations se fait par le biais de mécanismes uniformes et transparents (stratégie de portail), qui commencent par la communication avec les assurés en tant que bénéficiaires de prestations, puis s'étendent aux employeurs comme assujettis et aux autorités en qualité de partenaires. Les synergies réalisables avec d'autres assurances sociales dans le domaine des systèmes d'information du 1^{er} pilier/AFam sont mises à profit.
- **Le traitement efficace et sûr** : Les processus spécialisés sont supportés de manière optimale par les systèmes d'information. Ils couvrent l'ensemble des processus et permettent la mise en œuvre d'une approche globale. Les processus de travail sont, dans la mesure du possible, effectués sans changement de média et conformément aux bases légales (compliance). La sécurité des informations et la protection des données, notamment personnelles des citoyens, sont garanties en tout temps. Les synergies entre les parties impliquées sont exploitées. Les tâches et responsabilités des acteurs sont clairement définies et permettent une collaboration efficace. Plusieurs projets conduits par les acteurs du 1^{er} pilier/AFam – OFAS, CdC, OE, eAVS/AI – et œuvrant à la transformation numérique de l'exécution ont été lancés.

Stratégie dans le domaine de la sécurité sociale

Défis actuels de la numérisation concernant la couverture sociale

Dans le contexte du développement de l'économie numérique, il est primordial que toutes les 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, malgré les contours de moins en moins nets des frontières entre travail salarié et travail indépendant.

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.

Pour remplir cet objectif, le Conseil fédéral présentera dans un rapport plusieurs options de flexibilisation du droit des assurances sociales, en se fondant sur l'analyse des possibilités et des limites du droit en vigueur. Ce rapport examine en particulier trois domaines dans lesquels des ajustements sont souvent demandés :

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;
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.

Efficiences des structures de mise en œuvre

La mise en œuvre des assurances sociales fait intervenir un très grand nombre d'acteurs. Les structures établies constituent cependant parfois des obstacles, qui empêchent d'exploiter pleinement les gains d'efficacité rendus possibles par la numérisation grâce à l'utilisation de systèmes globaux et performants. L'OFAS souhaite entreprendre, avec les partenaires concernés, des réflexions sur l'efficacité des structures de mise en œuvre des assurances sociales afin d'apprécier les potentiels d'optimisation de leur fonctionnement.

Survol par branches

AVS	Assurance-vieillesse et survivants	22
AI	Assurance-invalidité	32
PC	Prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI	40
PP	Prévoyance professionnelle	44
AMal	Assurance-maladie	52
AA	Assurance-accidents	66
AM	Assurance militaire	70
APG	Allocations pour perte de gain	74
AC	Assurance-chômage	80
AF	Allocations familiales	86

AVS Assurance-vieillesse et survivants

1 Chiffres clés actuels de l'AVS

Recettes (résultat d'exploitation) 2020	47'918 mio fr.
Dépenses 2020	45'977 mio fr.
Résultat 2020	1'941 mio fr.
Compte de capital 2020	47'158 mio fr.

Rente de vieillesse maximale	2021	2'390 fr.
Rente de vieillesse minimale	2021	1'195 fr.
Montant moyen de la rente de vieillesse, en Suisse	2020	1'862 fr.

Bénéficiaires de rentes de vieillesse	2'438'761
Bénéficiaires de rentes de survivants	201'060

Bénéficiaires en Suisse et à l'étranger, en décembre 2020

Rapport de dépendance AVS	1990	26,7 %
	2019	31,6 %
	2030	39,0 %

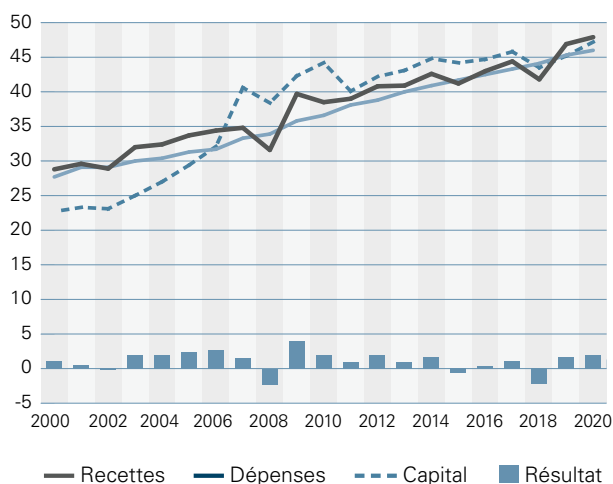
Un rapport de dépendance de 31,6 % signifie qu'il y avait environ 32 rentiers pour 100 actifs en 2019.

En 2020, l'AVS présentait un résultat de répartition positif pour la première fois depuis 2013 (0,6 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 2020, à l'issue d'une année réjouissante malgré les nombreuses turbulences sur les marchés boursiers, il s'élevait à 1,9 milliard de francs.

Évolution en 2020

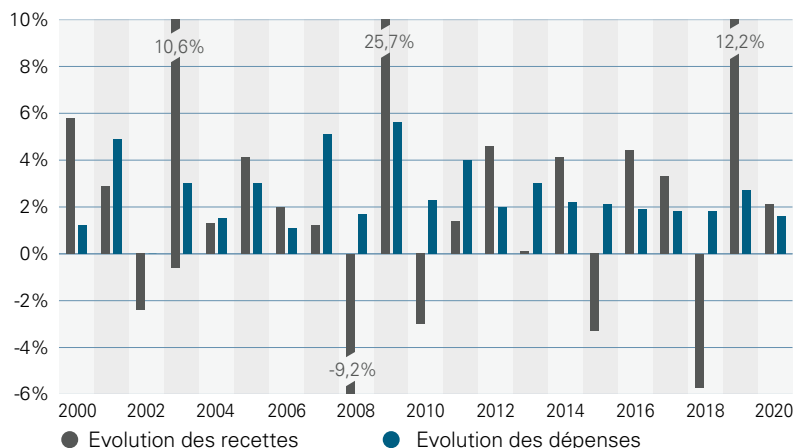
À la fin de 2020, la fortune de l'AVS se montait à 47,2 milliards de francs et repassait ainsi au-dessus des dépenses d'une année (102,6 %). Le résultat de répartition – hors produit courant du capital – s'est nettement amélioré. Cette évolution s'explique entre autres par l'entrée en vigueur au 1.1.2020 de la loi fédérale relative à la réforme fiscale et au financement de l'AVS (RFFA). Le relèvement de 0,3 point du taux de cotisation, l'affectation intégrale à l'AVS de la part du pour-cent démographique de la TVA prélevée depuis 1999 et l'augmentation de la contribution de la Confédération aux dépenses de l'assurance de 19,55 % à 20,2 % ont influé sur le financement de l'AVS. Les dépenses de prestations sociales ont progressé de 1,6 % en 2020. En chiffres absolus, les dépenses de l'AVS se sont élevées à 45 977 millions de francs. Les cotisations des assurés (+5,0 %) et les contributions des pouvoirs publics (+7,3 %) ont beaucoup plus progressé que les dépenses (1,6 %).

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



À l'instar de 2019, les recettes de l'AVS ont été supérieures aux dépenses en 2020, de sorte que le résultat d'exploitation a de nouveau été positif.

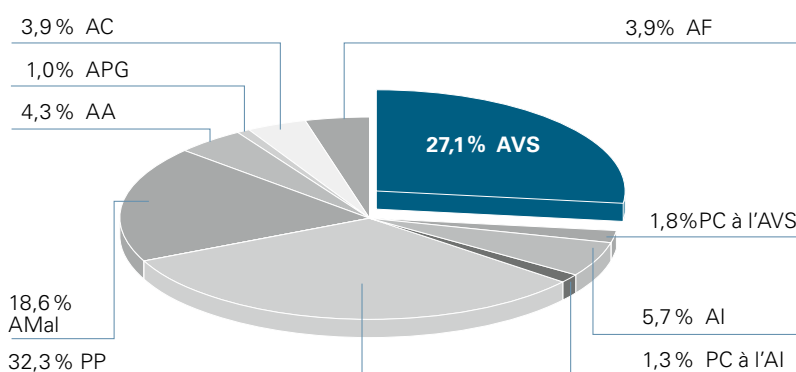
3 Evolution des recettes et des dépenses de l'AVS



En 2020, les recettes de l'AVS ont augmenté de 2,1 % grâce à la hausse des cotisations des assurés et des contributions des pouvoirs publics. Avec 1,6 %, ses dépenses ont légèrement moins progressé que durant les autres années où les rentes n'ont pas été adaptées.

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

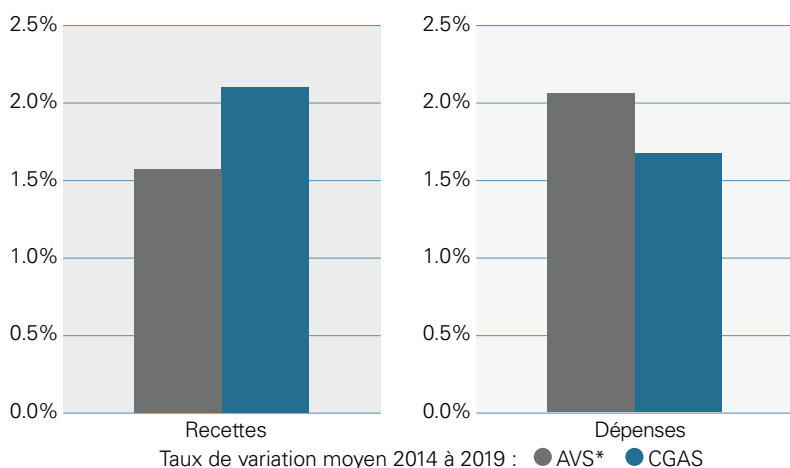
4 L'AVS dans le CGAS 2019



Dépenses 2019 : 166,3 mia fr.

Mesurée à l'aune des dépenses, l'AVS se place, avec 27,1 %, au deuxième rang des assurances sociales. Ses dépenses ont été affectées à hauteur de 98,6 % aux rentes, dont 95,7 % pour les rentes de vieillesse et 4,3 % pour les rentes de survivants.

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



Recettes de 2014 à 2019 : Le taux de croissance moyen des recettes de l'AVS (1,6 %) a été inférieur à celui des recettes du CGAS (2,1 %).

Dépenses de 2014 à 2019 : Les dépenses au titre de l'AVS représentent le deuxième volume le plus important des dépenses du CGAS. De ce fait, leur évolution (2,1 %) a une grande incidence sur le développement des dépenses CGAS (1,7 %).

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

Source : SAS 2021 (parution automne 2021), OFAS, et www.ofas.admin.ch

AVS Assurance-vieillesse et survivants

Finances

Compte d'exploitation 2020 de l'AVS, en millions de francs

	2020	Variation 2019/2020
Cotisations des assurés et des employeurs	34'139	5,0%
Contributions des pouvoirs publics	12'415	7,3%
Confédération	9'287	5,0%
TVA	2'857	18,2%
Imposition des maisons de jeu	270	-11,5%
Produit des actions récursoires	2	-55,7%
Autres recettes	0	–
Recettes (résultat de répartition)	46'556	5,6%
Produit du capital	533	-12,0%
Recettes (résultat selon le CGAS)	47'088	5,4%
Variation de valeur du capital	829	-63,1%
Recettes (résultat d'exploitation)	47'918	2,1%
Prestations en espèces	45'543	1,6%
Rentes ordinaires	45'308	1,7%
Rentes extraordinaires	5	-8,8%
Transferts et remboursement de cotisations aux étrangers	47	-20,1%
Allocations pour impotent	616	-0,5%
Allocations de secours aux Suisses de l'étranger	0	-11,4%
Créances en restitution, net	-433	-4,6%
Coûts des mesures individuelles	107	1,8%
Subventions à des institutions et organisations	108	-0,1%
Frais de gestion	13	-10,7%
Frais d'administration	206	-0,4%
Dépenses	45'977	1,6%
Résultat de répartition	579	149,5%
Résultat selon le CGAS	1'111	296,7%
Résultat d'exploitation	1'941	15,4%
Capital	47'158	4,3%

Les recettes totales de l'AVS ont augmenté de 2,1 %, passant de 46 937 à 47 918 millions de francs. Les recettes au sens propre (résultat de répartition), c'est-à-dire hors produit des placements et intérêts sur la dette de l'AI, ont progressé de 5,6 % par rapport à l'année précédente, pour atteindre 46 556 millions de francs. Globalement, les cotisations des assurés et des employeurs ont augmenté de 5,0 % par rapport à 2019 sous l'effet du relèvement de 0,3 point du taux de cotisation. Les recettes provenant des cotisations ont couvert en tout 74,3 % des dépenses de l'assurance. La Confédération participe aux dépenses de l'AVS à raison de 20,2 % depuis le 1.1.2020. Sa contribution a progressé 5,0 % pour s'établir à 9287 millions de francs. Les recettes provenant de la TVA – c'est-à-dire le point de pourcentage démographique –, qui depuis le 1.1.2020 sont intégralement versées à l'AVS, ont augmenté (+18,2 %), passant à 2857 millions de francs.

Les dépenses totales de l'AVS se sont accrues de 1,6 %, pour atteindre 45 977 millions de francs. Les prestations en espèces, qui comprennent les rentes, les allocations pour impotent, les prestations en capital, les transferts et les remboursements de cotisations, représentent 99,1 % des dépenses. Celles-ci ont atteint 45 543 millions de francs, enregistrant une hausse de 1,6 %. Avec une progression de 1,6 %, les rentes ont connu une croissance supérieure à celle des allocations pour impotent (-0,5 %). Les autres domaines (coûts des mesures individuelles, subventions à des organisations, frais de gestion et d'administration) ont occasionné des dépenses de 433 millions de francs, ce qui représente une baisse de 1 million de francs ou de 0,1 % par rapport à l'année précédente.

Le résultat de répartition (c'est-à-dire le résultat annuel hors produit des placements) s'est révélé positif, à 579 millions de francs ; il était de -1170 millions de francs en 2019.

Avec des recettes globales de 47 918 millions de francs et des dépenses de 45 977 millions, le compte d'exploitation de l'AVS a bouclé sur un excédent de 1941 millions de francs. Le compte de capital de l'AVS a augmenté dans la même proportion pour s'établir à 47 158 millions de francs (fin 2019 : 45 217 millions de francs).

AVS Assurance-vieillesse et survivants

Évolution des rentes

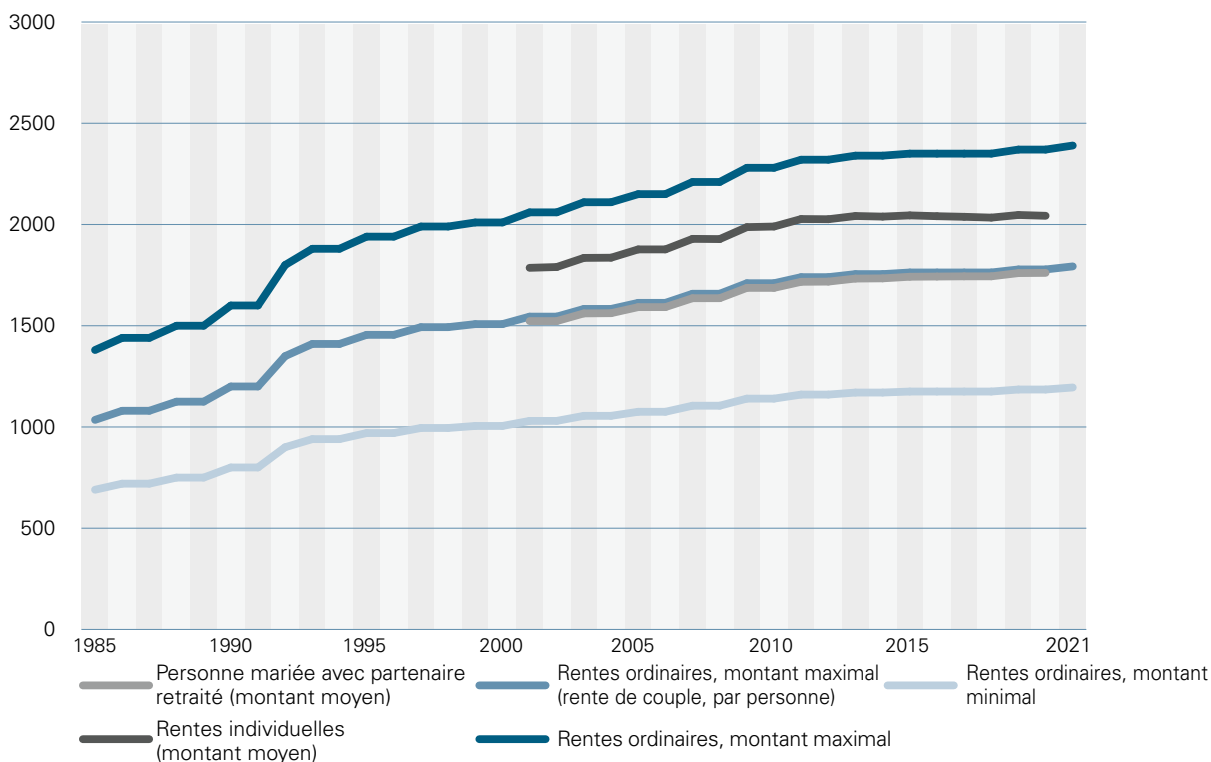
En principe, le Conseil fédéral examine tous les deux ans la nécessité d'adapter les rentes de l'AVS et de l'AI à l'évolution des salaires et des prix. Dans ce cadre et sur la base des recommandations de la Commission AVS/AI, le Conseil fédéral a décidé un relèvement des rentes minimales de l'AVS et de l'AI, au 1^{er} janvier 2021, pour les faire passer de 1185 à 1195 francs, ce qui représente une hausse d'environ 0,8 %.

L'adaptation des rentes minimales a entraîné d'autres modifications, en particulier dans le domaine des cotisations (barème dégressif des cotisations et cotisations minimales), dans les prestations complémentaires (montants destinés à la couverture des besoins vitaux), dans la prévoyance professionnelle obligatoire (déduction de coordination et seuil d'accès) et dans le 3^e pilier (déduction fiscale autorisée).

L'adaptation des rentes de vieillesse à l'évolution des salaires et des prix entraînera des dépenses supplémentaires de 390 millions de francs (dont 79 millions à la charge de la Confédération), pour l'AVS et de 51 millions de francs pour l'AI, soit un total de 441 millions de francs. L'adaptation des prestations complémentaires aura des conséquences financières à hauteur de 2,2 millions de francs (1,4 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 et en 2021 avec une augmentation de 10 francs à compter du 1^{er} janvier 2019.

Rente AVS (rente complète en Suisse)



Source : SAS 2021 (parution automne 2021), OFAS, et 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^{er} janvier 2020.

Dans le cadre de la RFFA, le taux de cotisation AVS a été 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 a augmenté 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 sont quelque 2 milliards de francs qui sont versés chaque année par les entreprises et les assurés.

Stabilisation de l'AVS (AVS 21)

Le 27 juin 2018, le Conseil fédéral a présenté un avant-projet de stabilisation de l'AVS (AVS 21), qu'il a mis en consultation jusqu'au 17 octobre 2018. À l'occasion de sa séance du 20 février 2019, il a pris connaissance des résultats de la procédure de consultation et a chargé le DFI de lui soumettre une note de discussion quant à la suite à donner aux mesures présentées dans l'avant-projet. Lors de sa séance du 3 juillet 2019, le Conseil fédéral a arrêté les mesures devant figurer dans la réforme, en tenant compte de l'acceptation de la loi relative à la réforme fiscale et au financement de l'AVS (RFFA) lors de la votation populaire du 19 mai 2019. Le Conseil fédéral a adopté le message relatif à la sta-

bilisation 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^{er} et le 2^e pilier) :** l'âge de référence des femmes sera 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^{er} et du 2^e pilier) entre 62 et 70 ans et introduction de la retraite partielle :** il sera désormais possible 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 seront prises en compte pour améliorer la rente et les assurés pourront ajourner la totalité de la prestation de vieillesse du 2^e pilier jusqu'à l'âge de 70 ans et ce, tant qu'ils maintiennent une activité lucrative. L'ajournement ne dépendra 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'en-

AVS Assurance-vieillesse et survivants

viron 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.

Lors de sa séance du 15 mars 2021, Le Conseil des États a adopté le projet avec les modifications suivantes :

- **Franchise de cotisation** : augmentation à 24'000 francs par an (contre 16'800 francs selon le droit actuel et le projet du Conseil fédéral).
- **Mesures de compensation** : modèle dit « tra-pèze » comprenant un supplément de rente de 150 francs, accordé hors du système des rentes durant 9 ans. Le montant du supplément augmente progressivement durant le relèvement de l'âge de référence, est maintenu au niveau maximal pendant 2 ans, puis diminue pour disparaître la 10e année.
- **Flexibilisation de la retraite** : limitation de l'âge d'anticipation à 63 ans, maintien des taux d'anticipation et d'ajournement aux valeurs actuelles jusqu'en 2027 et réduction des taux en cas d'anticipation de 40 % pour les revenus inférieurs ou égaux à 57 360 francs.
- **Nouvelle réforme** : mandat au Conseil fédéral pour une nouvelle réforme d'ici le 31 décembre 2026.
- **Financement additionnel** : lien entre l'harmonisation de l'âge de référence et l'augmentation du taux de TVA, ainsi que relèvement du taux de TVA de 0,3 point.

Avec l'ensemble des mesures, le niveau du Fonds de compensation atteint 84 % en 2030.

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

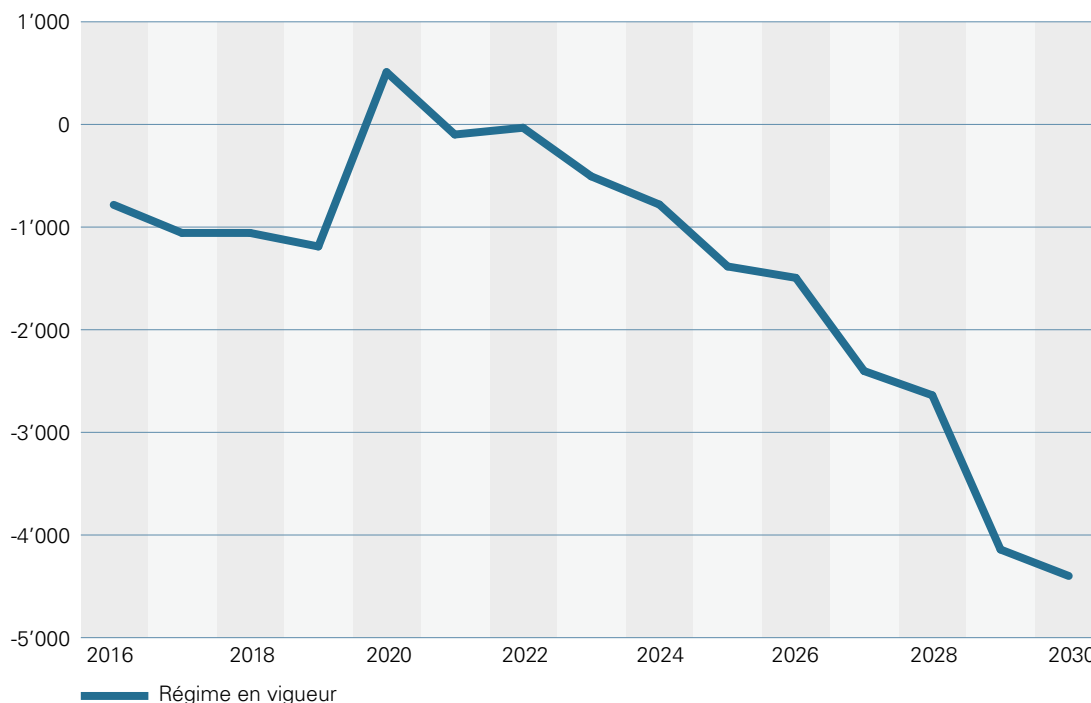
desiderata des autorités des trois niveaux institutionnels, qui souhaitent utiliser davantage le NAVS dans leurs tâches administratives. Selon ce projet, les autorités de la Confédération, des cantons et des communes pourront utiliser de manière systématique le numéro AVS dans l'accomplissement de leurs 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. 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. Le projet a été adopté au vote final le 18 décembre 2020. Les travaux de mise en œuvre sont en cours. L'entrée en vigueur devrait vraisemblablement être fixée au 1^{er} janvier 2022.

Perspectives

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

Pour l'évolution démographique, on se réfère au scénario A-00-2020 de l'OFS. S'agissant des perspectives économiques, la progression annuelle du salaire 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 sur le long terme.

Évolution du résultat de répartition de l'AVS, en millions de francs (aux prix de 2021)



Compte de capital de l'AVS, en % des dépenses
Ajustées sur le décompte 2020, état en février 2021

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

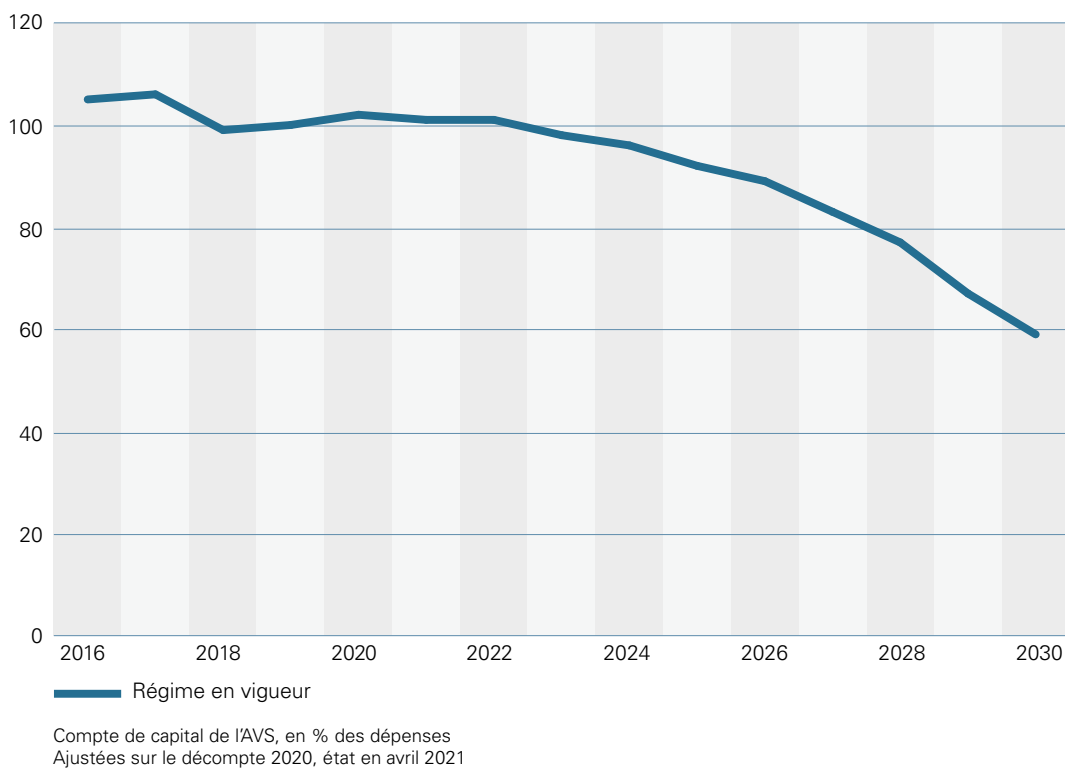
AVS Assurance-vieillesse et survivants

Le graphique ci-après illustre l'évolution du compte de capital de l'AVS. Grâce à la loi fédérale relative à la réforme fiscale et au financement de l'AVS (RFFA) et malgré la pandémie de Covid-19, le capital de l'AVS correspondra à environ 60 % des dépenses en 2030.

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.

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.

Capital de l'AVS en % des dépenses (aux prix de 2021)



AI Assurance-invalidité

1 Chiffres clés actuels de l'AI

Recettes (résultat d'exploitation) 2020	9'327 mio de fr.
Dépenses 2020	9'594 mio de fr.
Résultat 2020	-267 mio de fr.
Fonds de compensation AI 2020	4'520 mio de fr.
Dettes envers l'AVS 2020	-10'284 mio de fr.

Rente d'invalidité maximale	2021	2'390 fr.
Rente d'invalidité minimale	2021	1'195 fr.
Montant moyen de la rente d'invalidité en Suisse	2020	1'478 fr.

Bénéficiaires de rentes d'invalidité	246'984
Rentes pour enfant, nombre d'enfants	64'095

Bénéficiaires en Suisse et à l'étranger, décembre 2020

Probabilité de percevoir une prestation de l'AI, 2020	
10 à 19 ans	8,3 %
30 à 39 ans	3,1 %
50 à 59 ans	7,9 %

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.

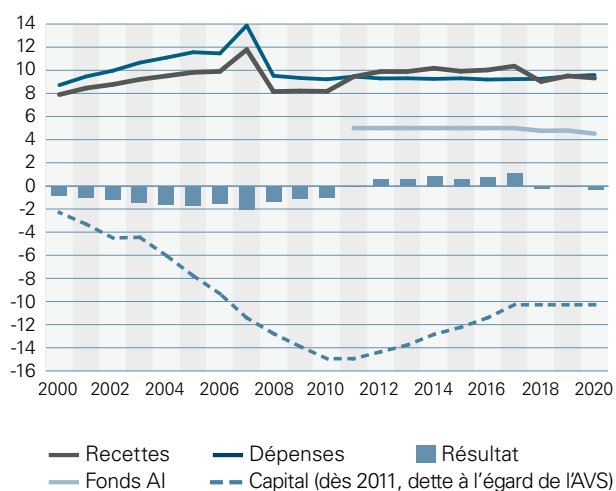
Évolution en 2020

En 2020, les recettes des pouvoirs publics se chiffraient à 3617 millions de francs. Grâce à un produit des placements de 164 millions de francs, les recettes de l'AI se sont élevées à 9327 millions de francs (-1,9 %).

Les dépenses se sont montées à 9594 millions de francs (+1,2 %) en 2020 ; 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.

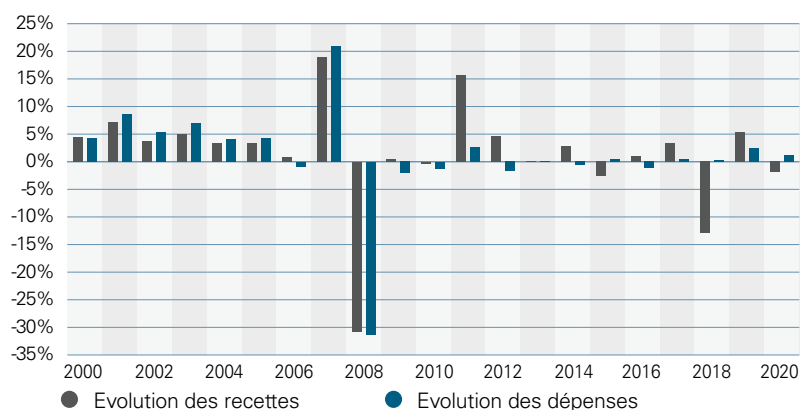
Le résultat d'exploitation était négatif en 2020 avec -267 millions de francs, ce qui a entraîné une baisse du niveau du Fonds de compensation de l'AI à 4520 millions de francs. La dette de l'AI envers l'AVS n'a donc pas pu être réduite et s'est maintenue à -10284 millions de francs.

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



Tout comme en 2018, les recettes de l'AI n'ont pas pu couvrir en intégralité les dépenses en 2020. En 2019, les recettes ont été supérieures aux dépenses grâce à un produit des placements de 407 millions de francs. Sur la période comprise entre 2011 et 2017, 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 14944 à 10284 millions de francs.

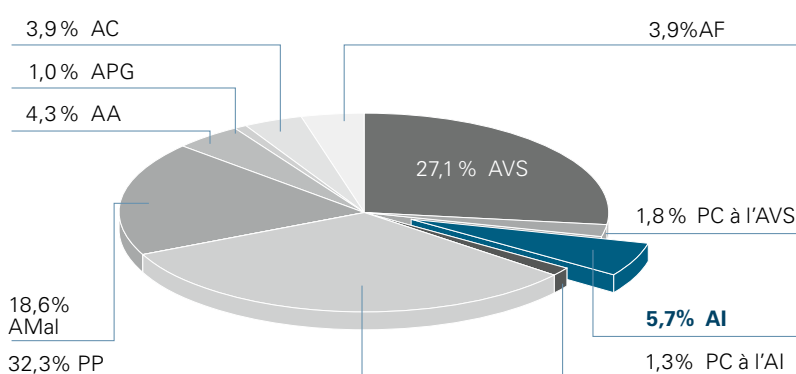
3 Evolution des recettes et des dépenses de l'AI (avec la RPT)



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. En 2020, les dépenses ont augmenté tandis que les recettes ont diminué.

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

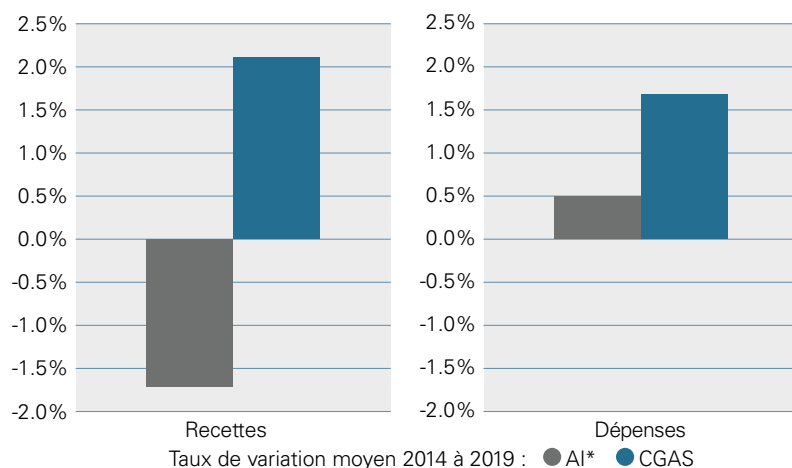
4 L'AI dans le CGAS 2019



Dépenses 2019 : 166,3 mia fr.

Mesurée à l'aune des dépenses, l'AI se place, avec 5,7 %, en quatrième position parmi les assurances sociales. Ces dépenses ont été consacrées pour 91,7 % aux prestations sociales, tandis que les frais de gestion et d'administration ainsi que les intérêts de la dette représentaient 8,3 %.

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



Recettes de 2014 à 2019 : Le taux de croissance moyen des recettes de l'AI (-1,7 %) a été nettement inférieur à celui des recettes du CGAS (2,1 %). Par conséquent, la part des recettes de l'AI dans celles du CGAS a diminué.

Dépenses de 2014 à 2019 : De 2014 à 2019, les dépenses de l'AI ont augmenté de 0,5 % par année, ce qui a donc freiné l'évolution des dépenses du CGAS (+1,7 %). 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 2021 (parution automne 2021), OFAS, et www.ofas.admin.ch

Finances

Compte d'exploitation 2020 de l'AI, en millions de francs

	2020	Variation 2019/2020
Cotisations des assurés et des employeurs (y c. intérêts)	5'516	1,3%
Contributions des pouvoirs publics	3'617	-0,1%
Confédération	3'617	-0,1%
Produit des actions récursives	30	-15,4%
Autres recettes	0	-69,8%
Recettes (résultat de répartition)	9'163	0,7%
Produit du capital	60	-25,2%
Recettes (résultat selon le CGAS)	9'224	0,5%
Variation de valeur du capital	104	-68,2%
Recettes (résultat d'exploitation)	9'327	-1,9%
Intérêts de la dette	51	0,0%
Prestations en espèces	6'638	0,8%
Dont : Rentes ordinaires	4'570	-1,1%
Rentes extraordinaires	936	3,9%
Indemnités journalières	725	5,8%
Allocations pour impotent	518	3,7%
Créances en restitution, net	-156	3,9%
Coûts des mesures individuelles	2'034	3,6%
Dont : Mesures médicales	959	2,9%
Mesures d'intervention précoce	52	8,7%
Mesures de réinsertion	95	13,9%
Mesures d'ordre professionnel	648	3,5%
Contribution d'assistance	88	12,3%
Moyens auxiliaires	217	2,4%
Créances en restitution, net	-29	-41,4%
Subventions aux institutions et organisations	148	0,1%
Frais de gestion et d'administration	723	-1,5%
Dépenses	9'594	1,2%
Résultat de répartition	-431	-12,6%
Résultat selon le CGAS	-371	-22,7%
Résultat d'exploitation	-267	-
Dette envers l'AVS	-10'284	0,0%
Fonds AI	4'520	-5,6%

En 2020, les recettes de l'AI ont diminué dans l'ensemble de 1,9 %, atteignant 9327 millions de francs. Hors produit des placements, les recettes de l'assurance elle-même ont augmenté de 0,7 % par rapport à l'année précédente, pour s'établir à 9163 millions de francs. Les cotisations des assurés et des employeurs ont augmenté de 1,3 %, passant à 5516 millions de francs. Elles ont couvert 57,5 % des dépenses. En 2020, les contributions des pouvoirs publics ont légèrement reculé à 3617 millions de francs. Le produit des placements (produit du capital, variation de valeur du capital) a baissé de 59,7 %, pour tomber à 164 millions de francs.

Au chapitre des dépenses, 6638 millions de francs (69,2 %) ont été affectés à des prestations en espèces, autrement dit aux rentes, aux indemnités journalières et aux allocations pour impotent. Les versements sous forme de rentes (hors créances en restitution, net) ont atteint 5349 millions de francs, soit 55,8 % des dépenses totales. Cette somme correspond à une diminution de 0,2 % par rapport à l'année précédente. Le poste des indemnités journalières a connu une augmentation de 5,8 %, passant à 725 millions de francs, et celui des allocations pour impotent, une hausse de 3,7 %, passant à 518 millions de francs. Les coûts des mesures individuelles (mesures médicales, mesures d'intervention précoce, mesures de réinsertion, mesures d'ordre professionnel, contribution d'assistance, moyens auxiliaires, frais de voyage) ont augmenté de 3,6 % et représentaient 21,2 % des dépenses. Les prestations de détection et d'intervention précoces affichent un taux de croissance de 12,0 %. Les frais de gestion et d'administration ont augmenté de 1,5 %, pour s'établir à 723 millions de francs. Leur part dans l'ensemble des dépenses s'élève à 7,5 %. Les intérêts que l'AI doit payer sur sa dette envers l'AVS ont stagné à 51 millions de francs en 2020. Les recettes totales de l'assurance ont couvert 95,5 % de ses dépenses.

En raison de conditions de marché favorables, les placements ont enregistré des bénéfices s'élevant à 164 millions de francs. Les recettes totales ont ainsi augmenté à 9327 millions de francs, tandis que le résultat d'exploitation est tombé à -267 millions de francs. Le résultat d'exploitation négatif n'a par conséquent pas permis à l'AI de réduire sa dette envers l'AVS en 2020. Le montant de celle-ci reste donc inchangé, à 10 284 millions de francs.

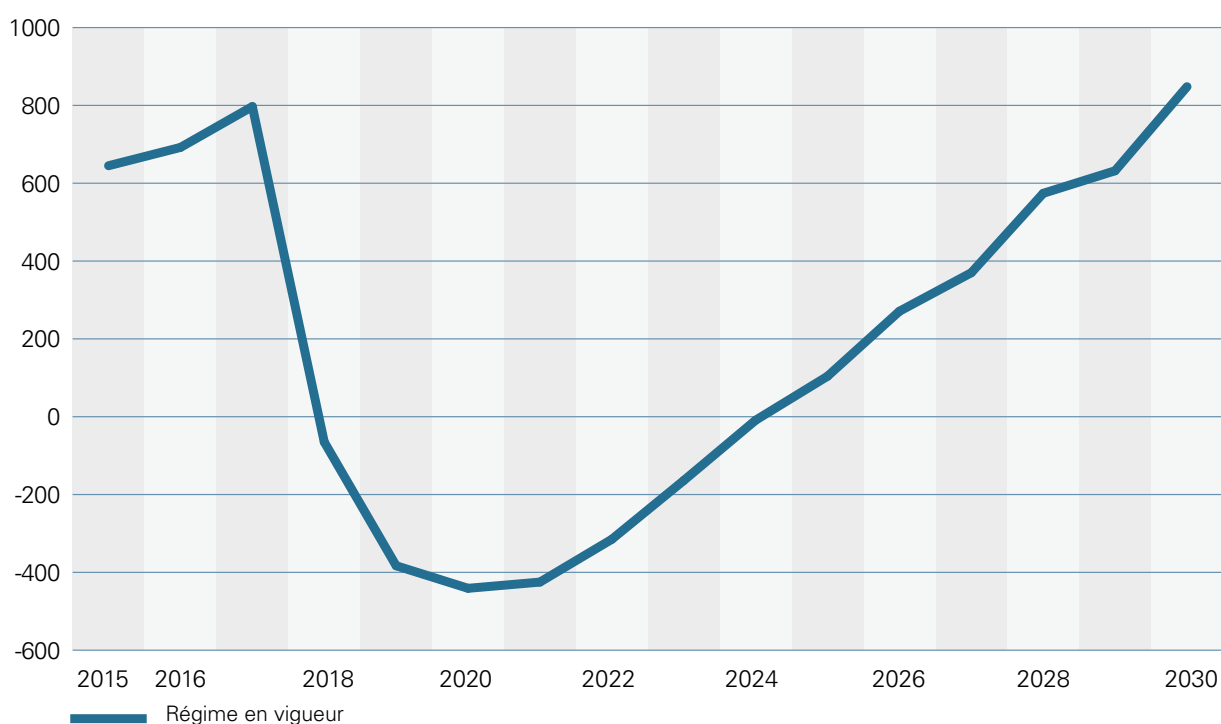
AI Assurance-invalidité

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, de l'évolution économique (évolution des salaires, des prix et de la TVA), des bases propres à l'AI (probabilités d'entrées et de sorties), ainsi que des modifications du système résultant de décisions législatives¹.

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

Le graphique ci-dessous montre le résultat de répartition 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 2021)



Résultat de répartition : recettes hors produit du capital, moins les dépenses
Ajustées sur le décompte 2020, état en mai 2021

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

Réformes et perspectives

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

Dans le cadre de la loi fédérale sur l'amélioration de la conciliation entre activité professionnelle et prise en charge de proches, le supplément pour soins intenses et l'allocation pour impotent de l'AI en faveur des enfants sont adaptés de manière à ce que le droit ne soit plus supprimé les jours où l'enfant séjourne à l'hôpital. Si l'hospitalisation dure plus d'un mois, ces aides continuent d'être versées, à condition que la présence des parents à l'hôpital soit nécessaire. Cela représente une amélioration par rapport à la situation actuelle. La modification entre en vigueur au 1^{er} janvier 2021. Jusqu'à présent, le droit est supprimé chaque jour que l'enfant passe à l'hôpital. Cette mesure 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. Le travail des proches aidants est très important pour la société. Ils assument en effet une part considérable des soins aux personnes malades et dépendantes.

Son coût s'élève à 2,5 millions de francs par année pour l'AI.

Étude sur la qualité de la fourniture d'appareils auditifs

L'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) a publié le rapport de recherche « Analyse der Preise und der Qualität in der Hörgeräteversorgung » (en allemand, résumé en français). La fourniture d'appareils auditifs remboursés par l'AI et l'AVS au moyen de forfaits est de très bonne qualité. Elle est même encore meilleure que dans le système tarifaire, qui avait cours jusqu'en 2011.

Par contre, les coûts de la fourniture d'appareils auditifs dans l'AI, après un bref recul à la suite du passage au système forfaitaire, sont remontés à leur

niveau antérieur. Les résultats de l'étude laissent à penser que l'absence de transparence sur le marché persiste. Les personnes porteuses d'un appareil auditif sont trop peu informées et ne sont pas assez sensibles aux prix. Des changements dans le domaine des moyens auxiliaires dans son ensemble sont actuellement à l'étude dans le cadre de la réponse à un postulat. Le Conseil fédéral décidera des prochaines étapes sur la base du rapport correspondant.

Introduction de forfaits

L'étude examine l'évolution des prix de la fourniture d'appareils auditifs (appareils et services) depuis 2011, année qui marque le passage à un système de remboursement forfaitaire dans l'AI et l'AVS. Avant cela, les appareils étaient remboursés selon un système tarifaire plus généreux, qui était critiqué pour ses prix bien trop élevés en comparaison avec d'autres pays européens.

L'OFAS s'attendait à ce que le nouveau système renforce la concurrence sur le marché des appareils auditifs en suscitant l'intérêt croissant des personnes assurées pour des appareils meilleur marché grâce aux nouveaux forfaits. Cela aurait permis de baisser les prix des appareils et des services et de décharger financièrement les assurances sociales sans que la qualité de la fourniture en pâtisse. Le nouveau système devait aussi accroître la possibilité d'autodétermination des personnes porteuses d'un appareil auditif en tant que consommatrices.

Amélioration de la qualité également pour les appareils bas de gamme

Deux études ont été réalisées peu après le changement de système. Elles ont montré qu'à l'époque, la qualité de la fourniture d'appareils auditifs était restée élevée. La nouvelle étude constate à présent que la qualité s'est encore améliorée grâce

AI Assurance-invalidité

aux progrès techniques, ce qui se traduit par un plus grand taux d'utilisation, une satisfaction encore plus élevée vis-à-vis des appareils et des services ainsi qu'une meilleure intégration ressentie dans le quotidien personnel et professionnel. Les appareils bas de gamme sont eux aussi de meilleure qualité qu'il y a dix ans. On peut aujourd'hui partir du principe que les forfaits de l'AI et de l'AVS permettent toujours de financer une fourniture adaptée aux besoins.

Rapport final de l'évaluation de la contribution d'assistance

Instaurée le 1^{er} janvier 2012 avec la 6^e révision de la LAI, la contribution d'assistance a depuis lors fait l'objet d'une évaluation approfondie. La contribution d'assistance encourage la vie autonome et responsable ainsi que la participation sociale.

Confirmation des résultats antérieurs

Le rapport final confirme les résultats des autres rapports publiés jusqu'ici. Près de 81 % des bénéficiaires adultes de la contribution d'assistance ayant participé à l'enquête sont satisfaits, voire très satisfaits de cette prestation. Selon trois quarts d'entre eux, la contribution d'assistance a amélioré leur qualité de vie et leur a permis d'accroître leur autonomie. 70 % des adultes interrogés déclarent en outre que la charge incombant aux proches a diminué depuis qu'ils perçoivent une contribution d'assistance. Le rapport final fournit également un éclairage sur l'évolution de la demande et des coûts, sur le montant et l'utilisation de la contribution d'assistance ainsi que sur les caractéristiques du groupe cible.

Le rapport final désormais publié marque la fin de l'évaluation pluriannuelle. Diverses propositions d'amélioration, notamment dans le domaine du conseil et des montants du forfait de nuit, sont également reprises dans les travaux de mise en œuvre du développement continu de l'AI.

Rapport sur la surveillance des offices AI et évaluation des expertises médicales

L'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) va améliorer la surveillance et la qualité des expertises médicales dans l'assurance-invalidité (AI). Il prévoit notamment de remanier les conventions d'objectifs avec les offices AI, de prendre en compte la perspective des assurés, d'exiger des expertises-test et d'améliorer le retour d'information aux experts. Ces mesures se fondent sur deux rapports portant respectivement sur la surveillance des offices AI et sur l'assurance-qualité et l'attribution des expertises médicales.

Améliorations ciblées des instruments de surveillance

L'activité de surveillance ne doit pas être fondamentalement modifiée, conclut une analyse menée par l'OFAS sur mandat du Département fédéral de l'intérieur (DFI). Introduit en 2008 lors de la 5^e révision de l'AI, le système actuel met à disposition des instruments et des procédures adaptés afin de garantir une exécution de l'AI uniforme et conforme à la loi. Toutefois, l'analyse révèle que ces instruments pourraient faire l'objet d'améliorations ciblées. À l'avenir, les conventions d'objectifs conclues par l'OFAS avec les offices seront davantage axées sur le pilotage et le contrôle de la qualité de l'exécution.

Assurance-qualité des expertises médicales

Plusieurs recommandations formulées par les experts externes dans leur évaluation se recoupent avec les mesures adoptées entre-temps par le Parlement dans le cadre de la réforme « Développement continu de l'AI », qui seront mises en œuvre à partir de 2022. Une commission indépendante sera notamment constituée pour assurer la qualité des expertises médicales et accréditer les experts, l'attribution des expertises deviendra transparente et l'entretien d'expertise fera l'objet d'un enregistrement sonore. En 2021, l'OFAS a déjà mis en œuvre

d'autres recommandations par le biais de directives à l'intention des offices AI. À l'avenir, ces derniers devront en particulier demander des expertises-test et améliorer les retours aux experts en les informant systématiquement des arrêts des tribunaux.

Travaux de mise en œuvre du développement continu de l'AI

La mise en œuvre du développement continu de l'AI (cf. p. 14) est préparée en étroite collaboration avec les organes d'exécution et les différents partenaires. Le système de rentes linéaire ainsi que les adaptations des indemnités journalières de l'AI nécessitent d'importants travaux de programmation. Les formations des collaborateurs des offices AI commencent au premier semestre 2021. Les modifications requises des ordonnances ont été mises en consultation jusqu'au 19 mars 2021. Sur cette base, des groupes de travail mixtes s'attèlent à la préparation des nouvelles directives.

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

1 Chiffres clés actuels des PC

Dépenses (= recettes) des PC à l'AVS 2020	3'168 mio de fr.
Dépenses (= recettes) des PC à l'AI 2020	2'201 mio de fr.

Eléments de calcul des PC pour les personnes seules	
Besoins vitaux 2021	19'610 fr.
Loyer brut maximum 2021	14'520 fr.
Franchise sur la fortune 2021	16'400 fr.
Remboursement max. des frais de maladie et d'invalidité	
– Personnes à domicile 2021	25'000 fr.
– Pensionnaires en home 2021	6'000 fr.

Bénéficiaires de PC, selon le type d'habitation	
– Personnes à domicile 2020	271'971
– Pensionnaires en home 2020	69'739

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 2020 a atteint 3168 millions de francs, tandis que les PC à l'AI se sont chiffrées à 2201 millions de francs.

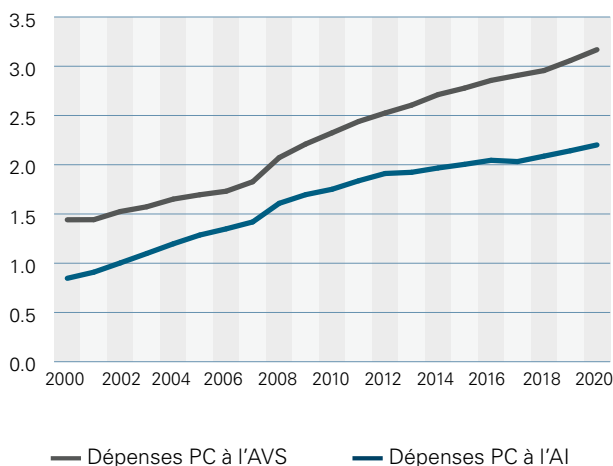
En moyenne, les PC à l'AI sont beaucoup plus importantes pour les bénéficiaires que les PC à l'AVS, car les PC améliorent six fois plus les prestations de l'AI que les rentes de l'AVS.

Évolution en 2020

En 2020, les dépenses des PC à l'AVS ont davantage progressé que celles des PC à l'AI. Les PC versées ont atteint 5369 millions de francs, dont 59 % pour les PC à l'AVS et 41 % pour les PC à l'AI. En 2020, les PC à l'AVS ont amélioré de 8,3 % la somme des rentes AVS ; 12,7 % des bénéficiaires de rente de vieillesse en percevaient. Les PC à l'AI ont amélioré de 51,9 % la somme des rentes AI et 49,3 % 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 1160 francs de PC par mois, contre 3417 francs par mois pour une personne seule vivant dans un home. En 2020, 69 739 bénéficiaires de PC vivaient dans un home et 271 971 chez eux.

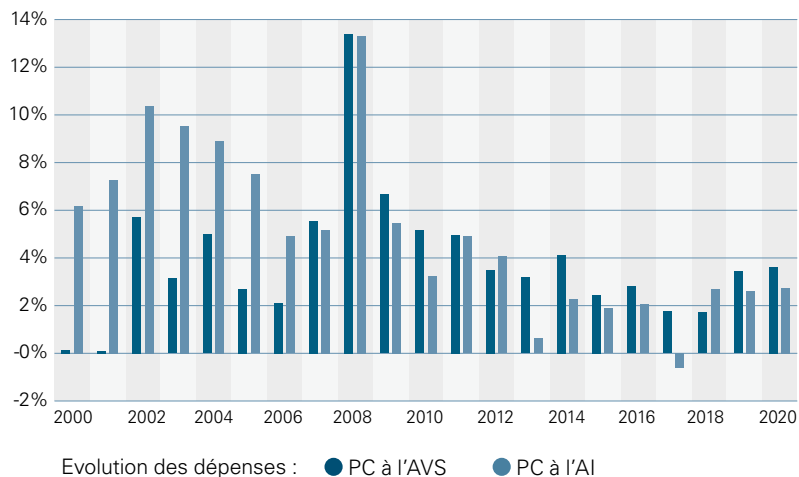
2 Dépenses (= recettes) des PC, en milliards de francs



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).

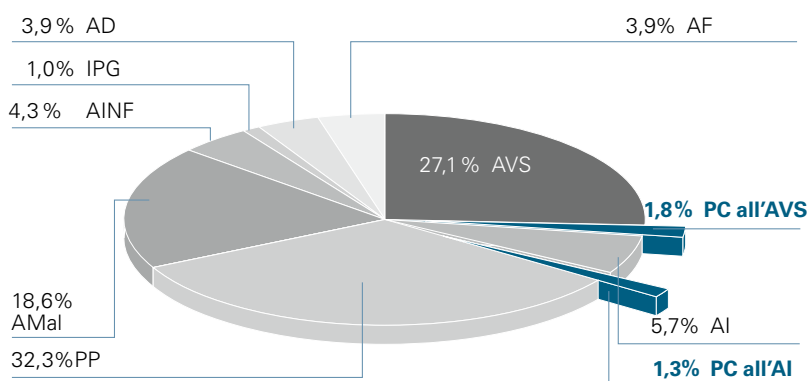
PC Prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI

3 Evolution des dépenses (= recettes) des PC



Le taux de croissance des dépenses des PC à l'AVS comme celui des PC à l'AI a plutôt baissé de 2002 à 2006, une tendance qui s'est cependant interrompue en 2007 et 2008. Cela s'explique par l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2008, de la révision de la LPC, qui a supprimé le montant maximum des PC (ce qui a eu un impact surtout pour les personnes vivant en home). Entre 2008 et 2017 les taux de croissance tendaient à diminuer, mais sont repartis à la hausse depuis 2018.

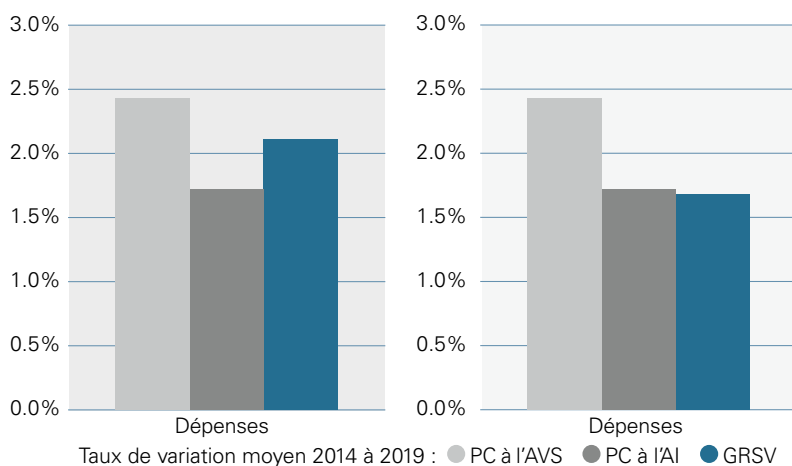
4 Les PC dans le CGAS 2019



Dépenses 2019 : 166,3 mia fr.

Les PC à l'AVS représentent 1,8 % des dépenses de l'ensemble des assurances sociales, et les PC à l'AI 1,3 %, ce qui les place à l'avant-dernier rang de ces assurances sur ce plan. 58,8 % des dépenses ici considérées sont utilisées pour payer les PC à l'AVS, 41,2 % sont destinées aux PC à l'AI.

5 Evolution des PC par rapport à celle du CGAS



Recettes de 2014 à 2019 : Les recettes des PC à l'AVS ont augmenté plus fortement que celles du CGAS, tandis que les recettes des PC à l'AI ont moins progressé. Les recettes des PC ont globalement enregistré une croissance inférieure à celle des recettes du CGAS.

Dépenses de 2014 à 2019 : Le taux de croissance des dépenses au titre des PC tant à l'AVS qu'à l'AI était supérieur à celui des dépenses du CGAS.

Source : SAS 2021 (parution automne 2021), OFAS, et www.ofas.admin.ch

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

Finances

Finances des PC en 2020, en millions de francs

Canton	Dépenses au titre des PC			Variation 2019/2020	Subvention fédérale		
	Total	PC à l'AVS	PC à l'AI		Total	PC à l'AVS	PC à l'AI
Total	5'368,7	3'168,2	2'200,5	3,3%	1'663,7	858,5	805,2
Zurich	924,9	552,0	372,9	3,2%	252,3	129,4	122,8
Berne	757,5	494,8	262,7	3,1%	218,7	123,4	95,3
Lucerne	269,4	168,7	100,7	11,8%	82,9	49,0	33,9
Uri	15,7	10,1	5,6	5,9%	4,1	2,3	1,8
Schwyz	77,0	56,0	21,0	-0,8%	18,1	10,4	7,7
Obwald	16,7	11,5	5,1	1,9%	4,9	2,8	2,0
Nidwald	14,5	9,7	4,8	3,6%	4,0	2,3	1,7
Glaris	22,3	11,9	10,5	2,5%	7,4	3,7	3,7
Zoug	50,3	28,6	21,7	3,6%	12,9	6,9	6,0
Fribourg	164,3	96,2	68,1	6,6%	56,6	29,6	27,0
Soleure	249,9	112,7	137,2	1,9%	54,5	25,5	29,0
Bâle-Ville	238,1	135,9	102,1	-0,7%	84,3	37,6	46,6
Bâle-Campagne	167,4	95,2	72,2	2,9%	53,6	22,9	30,7
Schaffhouse	43,2	24,7	18,5	1,8%	14,3	7,1	7,2
Appenzell AR	29,0	16,9	12,1	-2,3%	8,7	4,2	4,4
Appenzell AI	5,3	3,5	1,8	5,2%	1,3	0,8	0,5
Saint-Gall	332,1	198,4	133,8	2,9%	98,4	50,1	48,3
Grisons	97,0	62,4	34,7	1,6%	26,4	13,4	13,0
Argovie	272,4	160,8	111,6	2,6%	90,1	44,9	45,2
Thurgovie	124,0	70,3	53,7	4,5%	40,2	20,6	19,7
Tessin	217,7	123,8	93,9	-1,2%	114,9	64,7	50,2
Vaud	599,7	326,6	273,0	6,8%	188,0	90,3	97,7
Valais	108,0	54,0	54,0	2,2%	44,8	21,9	23,0
Neuchâtel	120,4	69,2	51,2	0,4%	46,4	23,7	22,7
Genève	397,7	239,7	158,0	1,7%	120,3	62,8	57,5
Jura	54,2	34,7	19,5	1,3%	15,5	8,0	7,5

Source : SAS 2021 (parution fin 2021), OFAS et www.ofas.admin.ch

La Confédération octroie, par prélèvement sur ses ressources générales, des subventions aux cantons pour le financement des PC à l'AVS et à l'AI. Elle assume 5/8 du minimum vital couvert par les PC annuelles. Pour les personnes qui vivent chez elles, l'intégralité des PC sert à garantir le minimum vital, tandis que pour les pensionnaires d'un home, seule une partie est utilisée à cette fin. La part des PC annuelles versée aux personnes vivant en home qui sert à la couverture du minimum vital est déterminée par un calcul ad hoc. Celui-ci permet de connaître, dans chaque cas, le montant des PC qui serait versé si la personne résidait chez elle. Depuis l'entrée en vigueur de la RPT, la Confédération assume également une partie des frais d'administration occasionnés par la fixation et le paiement des PC annuelles, au moyen d'un forfait par cas. Sur le montant total versé au titre des PC en 2020, soit 5368,7 millions de francs, la Confédération a pris en charge 1663,7 millions (31,0 %) et les cantons 3705,0 millions (69,0 %). Sur le total des dépenses des PC à l'AVS, 858,5 millions de francs ont été à la charge de la Confédération et 2309,7, à celle des cantons. Pour ce qui est des PC à l'AI, la répartition a été la suivante : 805,2 millions de francs à la charge de la Confédération et 1395,3, à celle des cantons. Enfin, en ce qui concerne les frais d'administration, la Confédération a versé au total 38,1 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. Plusieurs mesures adoptées par le Parlement dans le cadre de la réforme des PC ont nécessité des modifications des législations cantonales ainsi que des adaptations des systèmes informatiques et des processus de travail des organes d'exécution. La réforme est entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2021.

PP Prévoyance professionnelle

Dernières données disponibles : 2019

1 Chiffres clés actuels de la PP

Recettes (résultat d'exploitation) 2019	161'823 mio de fr.
Dépenses 2019	54'003 mio de fr.
Résultat 2019	107'820 mio de fr.
Compte de capital 2019	1'005'484 mio de fr.

Prestations (partie obligatoire)	2020	2021
Intérêt de l'avoir de vieillesse	1,00 %	1,00 %
Taux de conversion :		
hommes (65)	6,80 %	6,80 %
femmes (64)	6,80 %	6,80 %

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

Bénéficiaires 2019	
Rentes de vieillesse	819'887
Rentes d'invalidité	113'029
Rentes de veuve/veuf	190'604
Rentes d'enfants/orphelins	58'692

Grâce à des variations de valeur du capital de 85,9 milliards de francs, le résultat d'exploitation a augmenté pour s'établir 107,8 milliards de francs. La fortune de la PP atteignait par conséquent 1005,5 milliards de francs à la fin 2019.

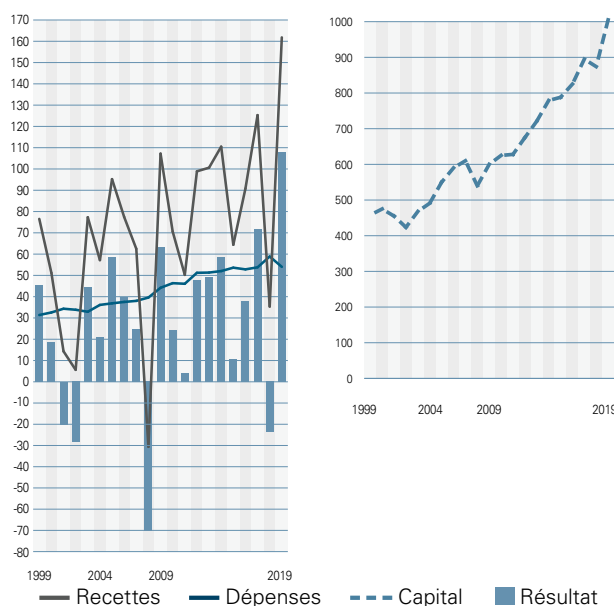
Évolution en 2019

Les recettes ont enregistré une évolution positive de 357,6 %, tandis que les dépenses ont baissé de 8,3 %, faisant augmenter le résultat d'exploitation de la PP à 107,8 milliards de francs (+131,3 milliards de francs).

Du côté des recettes, les variations de valeur du capital ont connu une hausse de 340,7 % pour s'établir à 85,9 milliards de francs. La composante majeure des recettes, à savoir les cotisations des assurés et des employeurs, a progressé de 2,7 %, soit à son rythme usuel.

Le recul marqué des dépenses résulte de la diminution de 58,4 % des prestations de libre passage. Les prestations sociales se sont accrues de 4,0 %, 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 4,6 milliards de francs.

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



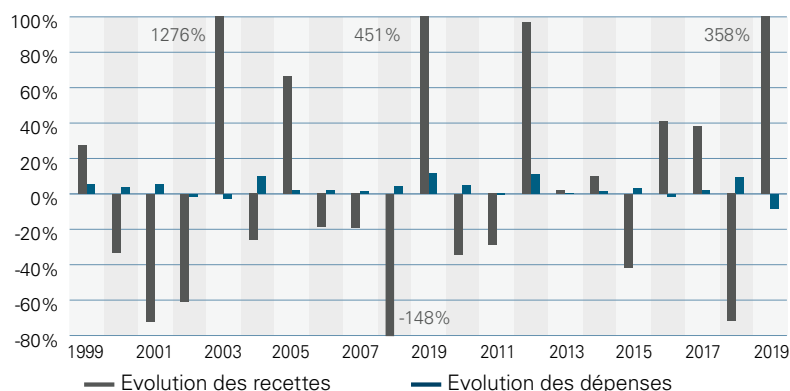
En 2019, les importants gains de valeur du capital de 85,9 milliards de francs se sont traduits par un résultat d'exploitation de 107,8 milliards de francs. Des pertes de valeur du capital avaient été enregistrées en 2018 et avaient entraîné le résultat d'exploitation en territoire négatif.

En termes de PIB, le capital des institutions de prévoyance a atteint en 2019 son plus haut niveau avec 138,3 %.

La comparaison des rentes et du produit courant du capital montre que ce dernier constitue une part toujours plus faible du financement : il couvrirait 81,8 % des rentes et des prestations en capital en 2000, contre 39,9 % seulement en 2019.

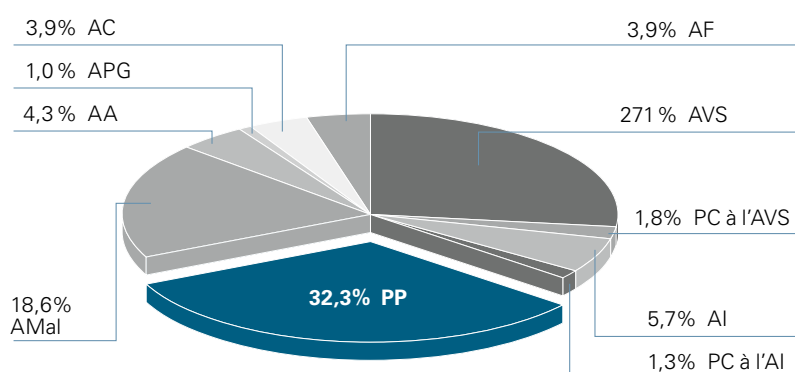
Dernières données disponibles : 2019

3 Evolution des recettes et des dépenses de la PP



En 2019, les recettes ont augmenté de 357,6 % et les dépenses baissé de 8,3 %, faisant progresser le résultat d'exploitation de -23,5 à 107,8 milliards de francs. Comme les variations de valeur du capital dépendent des fluctuations boursières, les taux de variation des recettes sont soumis à une forte dynamique. En 2019, le faible solde des prestations de libre passage a fait reculer les dépenses.

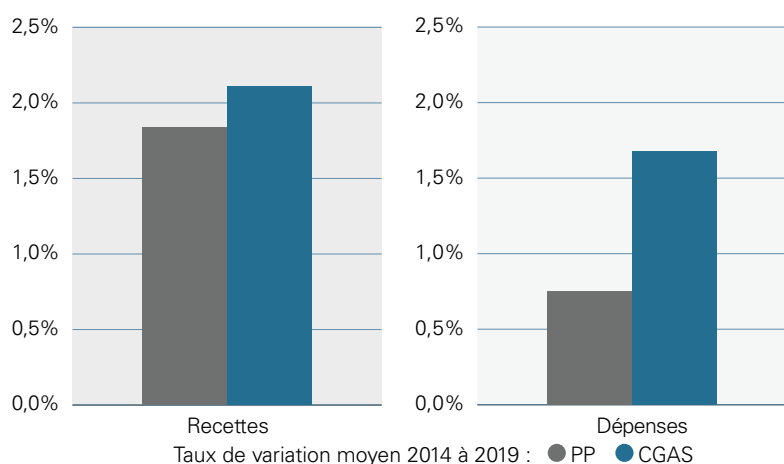
4 La PP dans le CGAS 2019



Dépenses 2019 : 166,3 mia fr.

Mesurée à l'aune des dépenses, la PP représente l'assurance sociale la plus importante, avec 32,3 %. Les dépenses ont été affectées pour 57,0 % au versement des rentes et pour 18,4 % aux prestations en capital.

5 Evolution de la PP par rapport à celle du CGAS



Recettes de 2014 à 2019 : Le taux de croissance moyen des recettes de la PP (1,8 %) a été inférieur à celui des recettes du CGAS (2,1 %).

Dépenses de 2014 à 2019 : Les dépenses de la PP constituent la plus grande composante de celles du CGAS. Elles ont augmenté en moyenne de 0,7 %, soit moins que celles du CGAS (1,7 %). Par conséquent, la part de la PP dans les dépenses de l'ensemble des assurances sociales n'a plus augmenté.

Source : SAS 2021 (parution automne 2021), OFAS, et www.ofas.admin.ch

PP Prévoyance professionnelle

Finances

Finances agrégées 2019 de la PP¹, régime surobligatoire inclus, en millions de francs

	2019	Variation 2018/2019
Salariés	20'767	3,5%
Employeurs	29'881	2,2%
Versements initiaux (hors prestations de libre passage)	8'805	21,7%
Autres recettes	274	63,8%
Recettes (résultat de répartition)	59'727	5,3%
Produit du capital	16'238	13,5%
Recettes (résultat selon le CGAS)	75'965	6,9%
Variation de valeur du capital	85'858	340,7%
Recettes (résultat d'exploitation)	161'823	357,6%
Rentes	30'801	2,1%
Prestations en capital	9'915	10,4%
Versements en espèces	727	2,5%
Prestations de libre passage, nettes	4'571	-58,4%
Paiements nets à des assurances	1'736	-19,8%
Intérêts passifs	698	32,0%
Dépenses administratives (y c. gestion de fortune)	5'555	3,6%
Dépenses	54'003	-8,3%
Résultat de répartition	5'724	364,7%
Résultat selon le CGAS	21'962	80,8%
Résultat d'exploitation	107'820	558,4%
Autres variations du capital²	23'663	-
Capital (apuré des crédits et des hypothèques passives)	1'005'484	15,0%

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

2 Ce poste comprend également en 2019 les paiements nets à des compagnies d'assurance à hauteur de 24 578 millions de francs, restitués par AXA qui s'est retirée du marché de l'assurance complète de la PP.

Source : SAS 2021 (parution fin 2021), OFAS et www.ofas.admin.ch

Une estimation financière de la prévoyance professionnelle a été réalisée dans le cadre du CGAS de l'OFAS. Les données proviennent de la statistique annuelle des caisses de pensions de l'OFS. La variation de fortune de 131,5 milliards de francs en 2019 découle du résultat d'exploitation (107,8 milliards de francs) et d'autres variations du capital (23,7 milliards de francs). Sur la période sous revue, ces dernières comprenaient également les paiements nets aux compagnies d'assurance à hauteur de 24,6 milliards de francs, restitués par l'assureur AXA qui s'est retiré du marché de l'assurance complète de la PP.

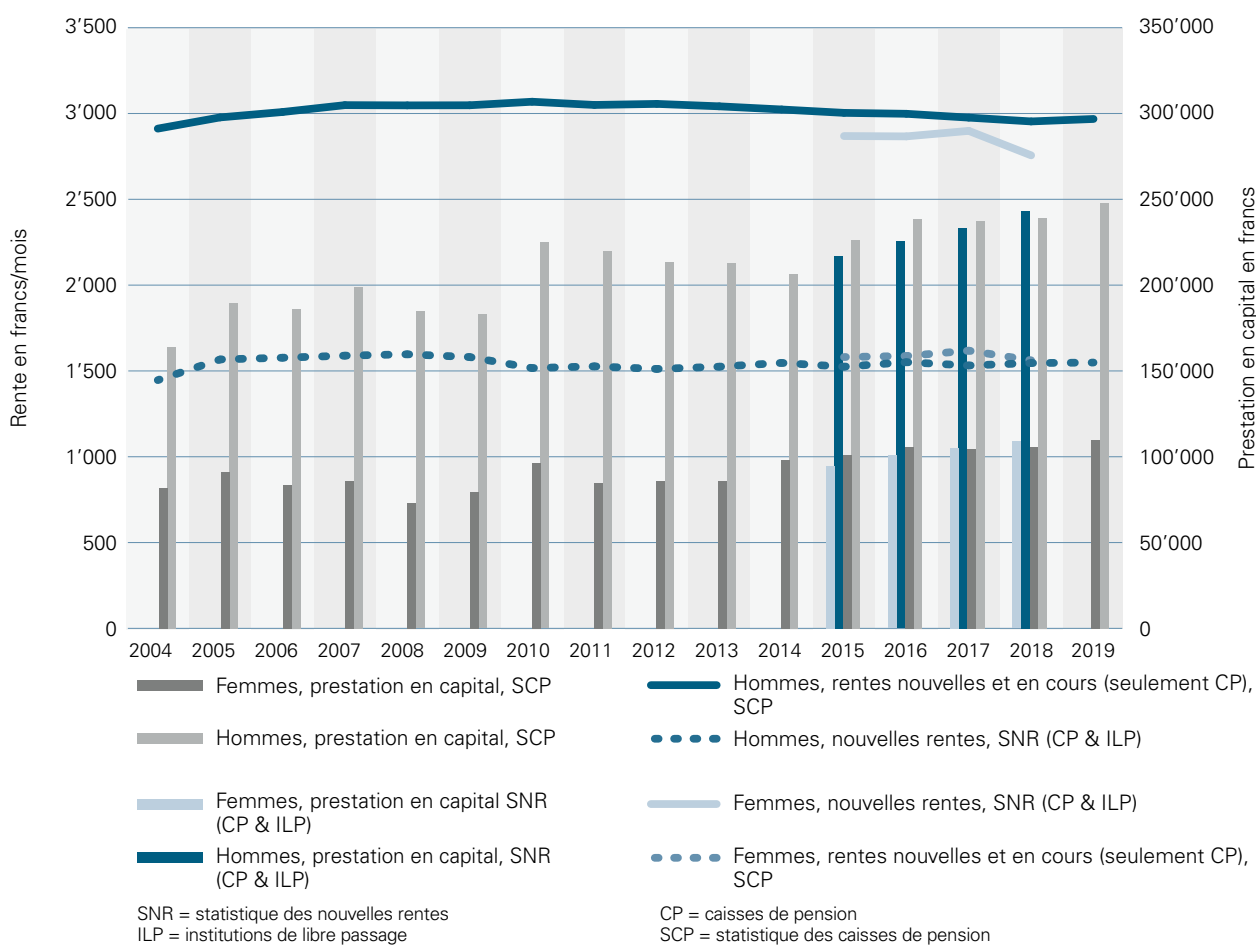
Le capital financier constitué dans le cadre de la

PP comprend les 1005,5 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 186,1 milliards de francs. Ce chiffre englobe les polices de libre passage, d'un montant de 6,5 milliards de francs. S'ajoutent encore à cela le capital financier qui repose sur les comptes de libre passage (49,1 milliards de francs), les moyens investis dans le cadre de l'encouragement à la propriété du logement (estimés à 45 milliards de francs) et les réserves du Fonds de garantie (0,7 milliard de francs). Fin 2019, le capital constitué dans le cadre de la PP totalisait ainsi 1286,8 milliards de francs.

Évolution des rentes¹

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 donne toutefois pas de renseigne-

ments sur le montant des capitaux octroyés selon les caractères sociodémographiques (excepté selon le genre), seules les répartitions en fonction des caractéristiques des institutions de prévoyance sont possibles. Par ailleurs, la statistique des nouvelles rentes relève non seulement les rentes et les capitaux versés par des institutions de prévoyance, mais également les capitaux versés par des institutions de libre passage, ce qui n'est pas le cas de la statistique des caisses de pensions.

¹ Les chiffres de 2019 n'étaient pas encore disponibles au moment de la rédaction du rapport.

PP Prévoyance professionnelle

En matière de rentes, la tendance est à un léger recul par rapport à l'année précédente. La moyenne se situe à 2752 francs par mois pour les hommes (année précédente : 2894) et de 1563 francs par mois pour les femmes (année précédente : 1619). En 2018, le montant moyen des rentes a par conséquent légèrement baissé par rapport à 2017, et ce tant pour les femmes que pour les hommes. D'un autre côté, les prestations en capital ont quelque peu augmenté, avec un montant moyen passé de 179 537 francs en 2017 à 186 838 francs en 2018. À noter encore que la statistique des nouvelles rentes indique une moyenne des capitaux plus faible que la statistique des caisses de pensions. Ceci 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 futurs résultats 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 25 novembre 2020, le Conseil fédéral a adopté le message sur la réforme de la prévoyance professionnelle (LPP 21). Dans son message au Parlement, le Conseil fédéral propose de reprendre le modèle développé à sa demande par les partenaires sociaux : l'Union patronale suisse (UPS), l'Union syndicale suisse (USS) et Travail.Suisse. En février 2021, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N) est entrée à l'unanimité en matière. 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 renfor-

cer le financement et d'améliorer la couverture des personnes travaillant à temps partiel. Les grandes lignes de la réforme sont les suivantes :

- **Abaissement du taux de conversion minimal à 6%** : utilisé pour convertir en rente le capital constitué, ce taux est actuellement fixé à 6,8 %, un niveau trop élevé étant donné l'évolution démographique et la faiblesse des taux d'intérêt. Il sera abaissé à 6 %.
- **Introduction d'un supplément de rente** : pour compenser la baisse de rentes découlant de l'abaissement du taux de conversion, 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. Le supplément sera de 200 francs par mois pour les assurés qui atteindront l'âge de la retraite dans les cinq premières années suivant l'entrée en vigueur de la réforme, de 150 francs pour ceux qui atteindront cet âge dans les cinq années suivantes et de 100 francs pour ceux qui l'atteindront pendant la troisième tranche de cinq ans. Le Conseil fédéral déterminera ensuite chaque année le montant du supplément pour les nouveaux bénéficiaires de rente. Le supplément sera indépendant du montant de la rente et sera financé de manière solidaire par une cotisation de 0,5 % prélevée sur le revenu annuel soumis à l'AVS jusqu'à hauteur de 853 200 francs (état en 2020).
- **Diminution de la déduction de coordination de 24 885 à 12 443 francs** : le salaire assuré sera par conséquent plus élevé, et les assurés touchant des salaires relativement bas, dont un nombre important de femmes et de travailleurs à temps partiel, bénéficieront d'une meilleure protection sociale contre la vieillesse et l'invalidité.
- **Adaptation des bonifications de vieillesse** : une bonification de vieillesse de 9 % du salaire

soumis à la LPP pour les travailleurs âgés de 25 à 44 ans, et de 14 % à partir de 45 ans sera appliquée. La progression des bonifications de vieillesse sera moins marquée. Les bonifications de vieillesse des assurés de 55 ans et plus s'élèvent actuellement à 18 %.

Réforme des PC

Lors de sa séance du 29 janvier 2020, le Conseil fédéral a décidé de fixer au 1^{er} janvier 2021 l'entrée en vigueur de la réforme des PC. Il a également pris connaissance des résultats de la consultation sur les dispositions d'exécution et a approuvé les modifications de l'ordonnance. Cette réforme comporte les mesures suivantes pour la prévoyance professionnelle :

- mesure pour les chômeurs âgés dans la prévoyance professionnelle (art. 47a LPP) : un assuré de 58 ans ou plus qui perd son emploi pourra continuer à être assuré par son institution de prévoyance avec les mêmes droits que les autres assurés (taux d'intérêt, taux de conversion, rente) ;
- remboursements facilités des retraits EPL : la réforme prolonge de trois ans la période durant laquelle les remboursements des retraits EPL seront autorisés (art. 30d et 30e LPP) ;
- compensation du droit au remboursement des prestations des PC avec des prestations exigibles de la prévoyance professionnelle : les organes chargés de l'application des PC peuvent compenser le remboursement des PC avec des prestations exigibles de la prévoyance professionnelle et communiquer cela à l'institution de prévoyance concernée.

Modernisation de la surveillance

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

Sécurité accrue pour l'Institution supplétive LPP

Malgré la rémunération négative des placements à revenu fixe sans risque, l'Institution supplétive LPP doit garantir la valeur nominale des avoirs de libre passage qui lui sont confiés (avoirs qu'un assuré « emporte » lorsqu'il quitte une caisse de pension). Fondation soutenue par les partenaires sociaux et dotée d'un mandat légal dans le domaine de la prévoyance professionnelle, l'Institution supplétive LPP est confrontée à des difficultés supplémentaires liées à la pandémie de coronavirus et aux fluctuations qui en découlent. Lors de sa séance du 1^{er} juillet 2020, le Conseil fédéral a adopté un message relatif à une modification législative qui, si nécessaire, permettrait à la Confédération d'ouvrir un compte sans intérêt auprès de la Trésorerie fédérale pour cette institution. Cette modification adoptée à l'unanimité par le Parlement est entrée en vigueur le 26 septembre 2020 pour une durée de trois ans. Cette période sera mise à profit pour élaborer une solution pérenne.

Modifications des ordonnances dans le cadre de la prévoyance professionnelle

Lors de sa séance du 26 août 2020, le Conseil fédéral a procédé à des modifications ponctuelles de quatre ordonnances sur la prévoyance professionnelle, qui sont entrées en vigueur le 1^{er} octobre 2020. Elles consistaient à adapter certaines dispositions à l'évolution actuelle du taux d'intérêt technique, de la mortalité et de l'invalidité. Par d'autres modifications, le Conseil fédéral remplit les mandats que le Parlement lui a confié en réponse à des interventions parlementaires : le postulat Weibel 13.3813 « Autoriser les reports du pilier 3a même après l'âge de 59/60 ans », la motion

PP Prévoyance professionnelle

Weibel 15.3905 « Rendre les placements dans les infrastructures plus attrayants pour les caisses de pension » et l'interpellation Dittli 18.3405 « Comment se fait-il qu'un meurtrier reçoive les prestations en capital des deuxième et troisième piliers de sa victime ? ».

Réserves de cotisations d'employeur

Lors de sa séance du 11 novembre 2020, le Conseil fédéral a décidé de permettre aux employeurs de recourir, pour le paiement des cotisations LPP de leurs salariés, aux réserves de cotisations qu'ils ont constituées. Cela signifie que l'ordonnance Covid-19 prévoyance professionnelle, que le Conseil fédéral a adoptée le 25 mars 2020 en vertu du droit de nécessité et qui était valide jusqu'au 26 septembre 2020, est reprise sur la base de la loi Covid-19 votée par le Parlement. La modification de l'ordonnance est entrée en vigueur le 12 novembre 2020 et a effet jusqu'au 31 décembre 2021.

La mesure doit aider les employeurs à pallier d'éventuels manques de liquidités. Elle n'a pas de conséquences pour les salariés : l'employeur continue de prélever normalement la part de cotisations des employés sur leur salaire, et l'institution de prévoyance crédite en faveur de ces derniers l'ensemble des cotisations.

AMal Assurance-maladie¹

Dernières données disponibles : 2019

1 Chiffres clés actuels de l'AMal

Recettes (résultat d'exploitation) 2019	32'837 mio de fr.
Dépenses 2019	31'105 mio de fr.
Résultat 2019	1'732 mio de fr.
Réserves (capital-actions compris) 2019	9'994 mio de fr.

Primes 2021 (par mois)	
Prime moyenne AOS pour un adulte	317 fr.
Prime moyenne cantonale pour adulte la plus basse / la plus élevée	260 fr. à 485 fr.

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

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

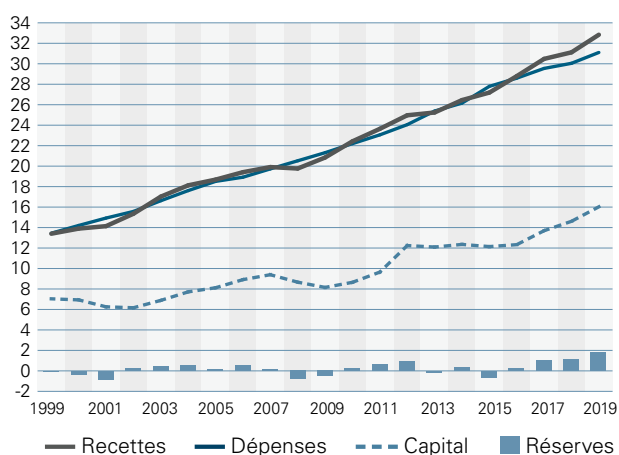
Les comptes 2019 de l'AMal se soldent par un résultat d'exploitation positif de 1732 millions de francs.

Évolution en 2019

En 2019, l'augmentation des dépenses (3,5 %), plus faible que celle des recettes (5,5 %), a de nouveau abouti à un résultat d'exploitation positif, de 1732 millions de francs. La prime moyenne a augmenté de 1,0 % et le produit du capital de 796,7 %. Côté dépenses, les prestations payées ont progressé de 3,9 %. Les dépenses ont été affectées à des prestations d'assurance sociale à raison de 94,3 %.

Depuis l'entrée en vigueur de la LAMal en 1996, l'attention se focalise sur les primes. Pour 2021, la prime moyenne a augmenté de 0,5 %, après avoir connu des hausses nettement plus importantes entre 2015 et 2018 (de 4 % par année). Auparavant, les progressions avaient été sensiblement plus faibles (2013 : 1,0 %, 2014 : 2,2 %). Les plus fortes hausses moyennes ont été enregistrées en 2002 (9,0 %) et en 2003 (9,1 %). De 1996 à 2021, la variation annuelle a été de 3,7 % en moyenne.

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



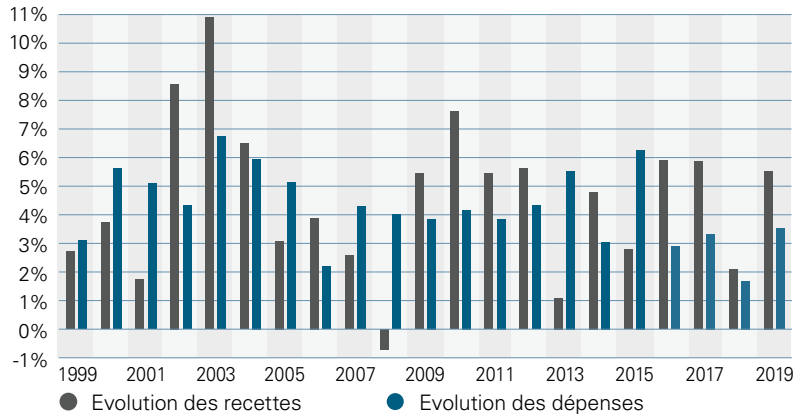
Le fait que les recettes et les dépenses de l'AMal suivent une courbe presque identique reflète le mode de financement de l'assurance (par répartition).

En 2019, 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 16,0 milliards de francs.

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

Dernières données disponibles : 2019

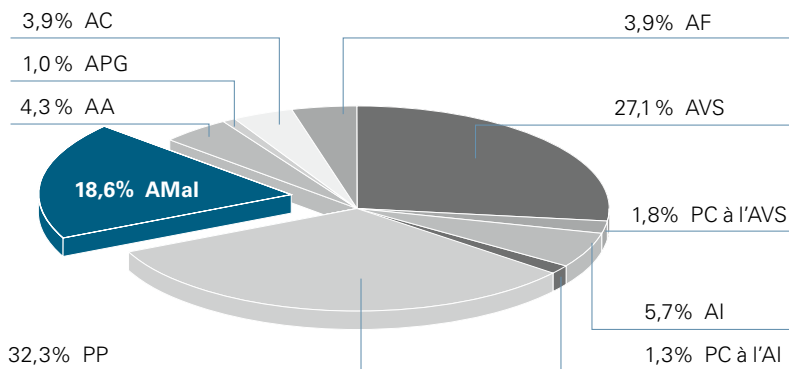
3 Evolution des recettes et des dépenses de l'AMal



Malgré la variation de valeur négative du capital en 2019 (-96,7 %), la hausse du produit des placements (796,7 %) et des recettes provenant des primes (0,9 %) s'est traduite par une progression des recettes de 5,5 %.

L'augmentation des dépenses a été de 3,5 % en 2019, valeur moyenne depuis l'instauration de l'assurance-maladie obligatoire, après que la troisième valeur la plus haute a été enregistrée en 2015 avec 6,3 %.

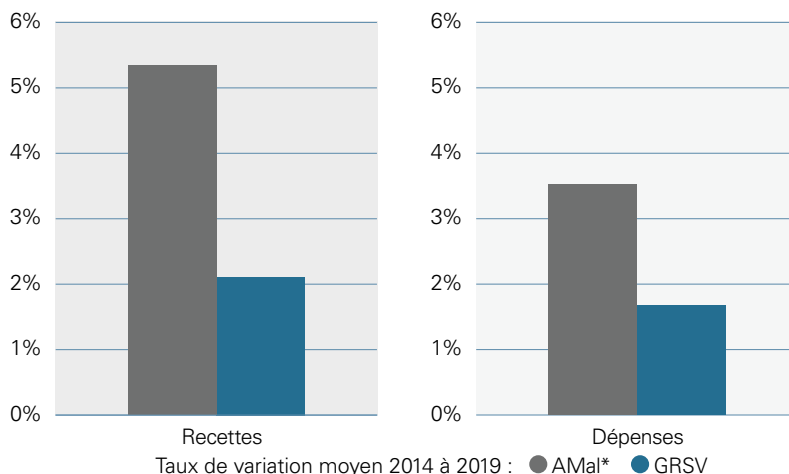
4 L'AMal dans le CGAS 2019



Dépenses 2019 : 166,3 mia fr.

À l'aune des dépenses, l'AMal vient en troisième position des assurances sociales, avec 18,6 %. Les dépenses ont été affectées à des prestations d'assurance sociale à raison de 94,3 %.

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



Recettes de 2014 à 2019 : Le taux de croissance des recettes de l'AMal (5,3 %) est nettement supérieur à celui des recettes du CGAS (2,1 %). Les recettes de l'AMal dépendent des primes moyennes, qui ont augmenté de 3,5 % durant cette période.

Dépenses de 2013 à 2018 : Le taux d'accroissement des dépenses de l'AMal, de 3,5 %, a été nettement supérieur à celui des dépenses du CGAS (1,7 %). Les dépenses de l'AMal ont donc aussi contribué dans une proportion importante à la hausse des dépenses du CGAS.

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

Source : SAS 2021 (parution automne 2021), OFAS, et www.ofas.admin.ch

AMal Assurance-maladie

Finances

Finances agrégées de l'AMal en 2018, en millions de francs

	2019	Variation 2018/2019
Primes à recevoir	32'162	1,8%
Remises sur les primes	-148	16,7%
Réduction des primes	-4'973	-5,2%
Parts des primes des réassureurs	-104	...
Contributions de la Confédération et des cantons	4'973	5,2%
Résultat non technique ¹ et autres contributions	-65	16,9%
Recettes (résultat de répartition)	31'845	1,6%
Produit du capital	1'819	796,7%
Recettes (résultat selon le CGAS)	33'664	6,7%
Variation de valeur du capital	-827	-96,7%
Recettes (résultat d'exploitation)	32'837	5,5%
Prestations payées	29'482	5,1%
Part des prestations des réassureurs, autres charges d'assurance ¹	25	-74,2%
Variation des provisions pour correction des primes	0	-100,0%
Compensation des risques	125	-46,4%
Compensation des primes encaissées en trop	181	14,5%
Variation des provisions pour cas d'assurance non liquidés	-180	-335,1%
Frais d'administration ²	1'471	3,4%
Dépenses	31'105	3,5%
Résultat de répartition	740	-42,6%
Résultat selon le CGAS	2'559	71,5%
Résultat d'exploitation	1'732	61,6%
Capital	16'027	9,7%
dont réserves (capital-actions compris)	9'994	20,8%

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

2 Amortissements compris.

Source : SAS 2021 (parution fin 2021), OFAS et www.ofas.admin.ch

Chiffres relatifs à la structure de l'AMal

	2018	2019
Assureurs LAMal (proposant l'AOS)	51	51
Nombre d'assurés	8'495'463	8'564'195
– avec franchise ordinaire	1'481'858	1'424'159
– avec franchise à option	910'416	852'937
– avec assurance avec bonus	3'782	3'630
– avec choix limité des fournisseurs de prestations	6'099'407	6'283'469
Nombre d'assurés mis aux poursuites	421'132	412'434
– pour des primes d'un montant total de (en mio fr.)	895	871
Nombre d'assurés sanctionnés par une suspension des prestations	28'345	33'195
– pour des primes d'un montant total de (en mio fr.)	81	86
Nombre d'assurés au bénéfice d'une réduction de primes	2'219'531	2'317'981
Montant total des réductions de primes (en mio fr.)	4'726	4'973

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^{er} volet » a été menée de septembre à décembre 2018. Le message du Conseil fédéral du 21 août 2019 est actuellement débattu au Parlement. 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. Un second

volet 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 relatives aux médicaments a été mis en consultation en 2020. Dans le cadre de ce volet, la mesure concernant l'objectif de maîtrise des coûts constitue un contre-projet indirect à l'initiative populaire fédérale

« Pour des primes plus basses. Frein aux coûts dans le système de santé (initiative pour un frein aux coûts) ». Le 28 avril 2021, le Conseil fédéral a décidé d'extraire l'objectif de maîtrise des coûts du deuxième volet de mesures et de l'utiliser comme unique contre-projet indirect.

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,

AMal Assurance-maladie

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 novembre 2020, celui-ci a approuvé la version 10.0 de la structure tarifaire pour le domaine stationnaire de la médecine somatique aiguë (SwissDRG) ainsi que la version 3.0 de la structure tarifaire TARPSY. En 2020, il a également approuvé une convention tarifaire concernant le remboursement de traitements innovants contre le cancer ; une autre convention tarifaire de cette nature a en outre été prolongée. 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).

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 (« Produits figurant sur la LiMA. Prise en compte par les prestataires de soins »), le Conseil fédéral a préparé une modification de la LAMal à cet effet, qu'il a soumise à l'approbation des Chambres fédérales par le message du 27 mai 2020. 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. Le 18 décembre 2020, le Parlement a voté la modification de la loi en vue d'un remboursement uniforme du matériel de soins.

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). Le Parlement a approuvé la modification de la LAMal (admission des fournisseurs de prestations) en date du 19 juin 2020. 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^{er} juillet 2021. La mise en œuvre du projet de loi a été mise en consultation en novembre 2020. Les conditions d'admission des fournisseurs de prestations dans le domaine ambulatoire doivent ainsi être adaptées aux exigences requises en matière de formation de base, de formation postgrade et de qualité de la fourniture des prestations. De plus, afin de garantir le caractère formel de la procédure d'admission et l'échange d'informations entre les cantons, une ordonnance concernant le registre des fournisseurs de prestations dans le domaine ambulatoire de l'assurance obligatoire des soins a été édictée. En outre, et en exécution du mandat législatif inscrit au nouvel art. 55a, al. 2, LAMal, une nouvelle ordonnance relative à la fixation de nombres maximaux pour les fournisseurs de soins médicaux ambulatoires a pour but d'en déterminer les critères et principes méthodologiques.

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^{er} janvier 2018 pour tous les assureurs et tous les fournisseurs de prestations. Par les adaptations qu'il a apportées à TARMED, il entendait corriger des prestations surévaluées, 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. Il en a résulté que 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^{er} 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. L'examen d'une nouvelle structure tarifaire (TARDOC) soumise par une partie de ces derniers ainsi que des forfaits proposés par d'autres pour les traitements ambulatoires a été lancé.

Développement de la qualité

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 représentation 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.

L'instauration de la Commission fédérale pour la qualité et la poursuite de la mise en œuvre de la modification de la LAMal nécessitent que l'OA-Mal soit également modifiée. La consultation à cet égard a eu lieu au premier semestre 2020.

En outre, le Conseil fédéral a accordé des fonds supplémentaires pour le soutien financier aux pro-

AMal Assurance-maladie

grammes pilotes nationaux « progress! » de 2018 à 2020. Ces programmes ont été menés par la fondation Sécurité des patients Suisse. 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.

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 (co-financement 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 Commission de la sécurité sociale et de la santé publique 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. « Contre-projet 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. L'OFSP a élaboré ce rapport de même que le rapport du Conseil fédéral en réponse au postulat

19.3002 visant à établir les bases selon lesquelles les soins pourraient être intégrés dans le financement uniforme. Ce rapport clarifie notamment des questions concernant l'intégration des soins de longue durée dans un financement uniforme et l'évolution des flux financiers dans les différentes options, les possibilités de pilotage dont disposent les cantons, le calcul de la contribution cantonale et la répartition de cette contribution entre les assureurs, l'organisation tarifaire, le déroulement technique du modèle de financement et le contrôle des factures et du lieu de domicile des assurés, les hôpitaux conventionnés, le potentiel d'une maîtrise des coûts et les soins coordonnés. Le document présente également les conséquences possibles de la pandémie de Covid-19 sur le financement uniforme des prestations.

Transmissions de données par les assureurs

Depuis 2014, l'OFSP recueille, auprès des assureurs, des données individuelles anonymisées, qu'il utilise pour observer l'évolution des coûts dans l'assurance obligatoire des soins et surveiller les assureurs. L'initiative parlementaire Eder 16.411 « Surveillance de l'assurance-maladie. Garantir la protection de la personnalité » demande que la loi sur la surveillance de l'assurance-maladie (LSAMal) soit modifiée de manière à garantir la protection des données personnelles. Se fondant sur l'initiative parlementaire, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des États (CSSS-E) a élaboré un projet de modification de la LAMal, qu'elle a adopté le 6 novembre 2018. Un nouvel art. 21 de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal) doit définir la livraison des données dans le cadre des activités de suivi de l'évolution des coûts et de développement des bases légales. Une adaptation de l'art. 35, al. 2, de la loi du 26 septembre 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie (LSAMal) précise les données de surveillance des assureurs-maladie.

Parallèlement, la commission a décidé à l'unanimité de déposer le postulat 18.4102 « Stratégie de données cohérentes pour le domaine de la santé ». D'autres interventions ayant pour thème la récolte de données ont également été déposées (motions 18.3433 Feller et 18.3432 Thorens Goumaz « Faire établir des statistiques incontestées par un organisme indépendant. Un préalable indispensable au pilotage du système de santé »). À la suite du travail du groupe d'experts sur la maîtrise des coûts, le Conseil fédéral a chargé le Département fédéral de l'intérieur (DFI) d'établir une stratégie pour le recensement, l'exploitation et l'analyse des données du système de santé (stratégie de transparence des données de la santé).

Le 21 août 2019, le Conseil fédéral s'est prononcé sur le projet et l'a accueilli favorablement. Il a constaté que les dispositions définissant les données qui sont relevées auprès des assureurs-maladie existent depuis de nombreuses années et permettent de récolter des informations bien plus exhaustives qu'il est d'usage aujourd'hui. Il a donc jugé que l'OFSP respecte les principes de proportionnalité et d'emploi économe des données lorsqu'il collecte des données. Dans ce contexte, le Conseil fédéral a salué les efforts de clarification des bases légales entrepris par la CSSS-E dans le cadre de ses travaux liés à l'initiative parlementaire 16.411. Il a estimé que l'avant-projet permet de préciser les tâches pour lesquelles des données doivent être livrées par les assureurs et sépare les activités de gouvernance du système de santé, qui relèvent de la LAMal de la surveillance des assureurs-maladie, qui relève de la LSAMal. Les lois ainsi modifiées gagnent à ses yeux en cohérence thématique. La Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N) est également entrée en matière sur le projet le 23 septembre 2020, mais a créé des divergences. Les deux Chambres ont aplani ces divergences et ont adopté la loi fédérale sur la transmission de don-

AMal Assurance-maladie

nées des assureurs dans l'assurance obligatoire des soins le 19 mars 2021.

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. Depuis 2020, l'OFSP a continué d'accompagner les mesures non encore achevées.

Le 17 février 2021, le Conseil fédéral a adopté le rapport « Bases légales et cadre financier visant à garantir la fourniture des soins dans le domaine des maladies rares ». Ce rapport, qui fait notamment suite à un postulat de la Commission de la sécurité

sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N), examine les modifications légales et le cadre financier nécessaires pour améliorer la fourniture des soins dans le domaine des maladies rares. Le Conseil fédéral place l'accent sur la création de structures de prise en charge spécialisées, telles que centres transversaux de diagnostic, centres de référence spécifiques à des (groupes de) maladies et réseaux, ainsi que sur le financement de l'information et des aides à l'orientation pour les personnes concernées, les proches et les professionnels. Dans ce cadre, les organisations de patients et leur organisation faîtière ProRaris jouent un rôle prépondérant. En conséquence, le Conseil fédéral propose de charger le DFI d'examiner d'ici la fin 2022 (en élaborant un rapport à l'attention du Conseil fédéral) la nécessité et les possibilités de créer une base légale pour le financement subsidiaire de l'activité d'information et de conseil fournie par les organisations de patients.

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 »). En 2020, six rapports HTA ont été achevés et des mandats ont été attribués pour l'établissement de neuf autres. En outre, huit nouveaux thèmes ont été retenus par le DFI. Six rapports HTA étaient encore en cours d'élaboration durant l'année sous revue.

Mesures dans le domaine des médicaments

Sur la période 2017-2019, un tiers des médicaments figurant dans la liste des spécialités ont chaque an-

née 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. Les réexamens ont été poursuivis en 2020. Dans le domaine des médicaments dont le brevet est échu, le message concernant le système de prix de référence a été adopté dans le cadre du train de mesures visant à freiner la hausse des coûts, afin d'encourager la remise de génériques et de biosimilaires ainsi que de réduire les coûts à charge de l'AOS.

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 2021, 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 a été publiée au printemps 2020 et est entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2021.

Compensation des risques

Le 11 septembre 2020, le Conseil fédéral a adopté une révision de l'ordonnance sur la compensation des risques dans l'assurance-maladie (OCoR). Sur proposition des assureurs, le délai prévu pour la livraison des données par les assureurs et le délai pour la procédure de contrôle des organes de révision ont été légèrement raccourcis de manière que l'Institution commune (IC LAMal) puisse calculer plus tôt la compensation des risques et communiquer plus tôt aux assureurs les données sur leur effectif d'assurés. Ces modifications permettront aux assureurs d'effectuer correctement le calcul des primes et des rabais liés aux modèles d'assurance. Suite à d'autres adaptations, l'IC LAMal est habilitée à informer les assureurs si elle constate des cas d'assurance double ou multiple. Cette communication permettra aux assureurs d'analyser les cas avec les autres assureurs concernés et, après audition de la personne concernée, de mettre fin aux rapports d'assurance non conformes à la LAMal. Le Conseil fédéral a complété dans ce sens l'art. 9 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal ; RS 832.102). La modification de l'OCoR est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2021.

Les avancées de la médecine entraînent chaque année de nombreuses modifications dans la liste des spécialités (LS). La liste des groupes de coûts pharmaceutiques (liste des PCG, Pharmaceutical Cost

AMal Assurance-maladie

Groups) figurant en annexe de l'OCOR-DFI doit par conséquent être actualisée tous les ans sur la base des nouveaux médicaments inscrits sur la LS. Le 22 janvier 2021, le DFI a adapté l'ordonnance en ce sens et en a simultanément révisé l'art. 4. Dans les analyses, il a été constaté que les emballages de médicaments remis permettent une meilleure mesure du nombre minimal requis pour l'attribution aux PCG oncologiques que le nombre de doses journalières standardisées. Selon l'art. 4 modifié, un assuré est attribué au PCG « cancer (KRE) » ou « cancer complexe (KRK) », lorsqu'au moins trois emballages de médicaments du PCG concerné lui ont été remis au cours de la période déterminante. La modification est entrée en vigueur au 15 mars 2021. Sur la base d'une liste des PCG révisée, il est procédé à une modification supplémentaire, qui a été adoptée le 15 avril 2021 pour une entrée en vigueur au 15 mai 2021.

Réserves dans l'assurance-maladie sociale

Le DFI a modifié l'ORE-DFI le 6 novembre 2020. Cette modification concerne le formulaire électronique qui constitue l'annexe de l'ordonnance. Elle consiste dans la prise en compte de la réassurance « gros risques » dans le calcul du risque aléatoire. Cette réassurance était prise en compte dans les formulaires précédents, à l'exception de la version de 2020, et la présente modification a pour objectif de remédier à cet oubli. La modification de l'ORE-DFI comprend aussi l'adaptation des taux de rendement attendu des marchés financiers afin d'harmoniser ces derniers avec les taux utilisés par la FINMA, la correction de paramètres de scénarios ainsi que des améliorations techniques et linguistiques. La modification est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2021.

Régions de primes : modifications au 1^{er} 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^{er} janvier 2021. 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 2020 ou au 1^{er} janvier 2021.

Coûts des certificats médicaux

Le postulat 13.3224 (« Décharger l'assurance-maladie de coûts injustifiés ») déposé par la conseillère nationale Ruth Humbel charge 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 de postulat a analysé quels sont les coûts liés à la délivrance des certificats médicaux. Étant donné que l'établissement des certificats médicaux ne fait pas l'objet d'une position tarifaire séparée, ces coûts ne peuvent pas être chiffrés de manière précise. Des solutions alternatives à la prise en charge de ces coûts par l'assurance obligatoire des soins ont été envisagées. Toutefois, ni les employeurs, ni les employés ne sont d'accord d'assumer ces coûts. De plus, selon les syndicats, si ces coûts étaient reportés sur les employés, ces derniers iraient travailler en étant malades et prendraient le risque de contaminer leurs collègues. L'exclusion des coûts des certificats médicaux de l'assurance obligatoire des soins n'est donc pas une solution envisageable. Pour ces motifs, la situation actuelle doit perdurer. L'établissement de certificats médicaux via la télémédecine reste encore marginal aujourd'hui, mais est appelé à se développer. Il y a ainsi un potentiel d'économies non négligeable si davantage d'assurés y recourent pour des cas

bénins. Il s'agit également d'une piste intéressante pour désengorger les cabinets médicaux lors de crises sanitaires. Par décision du 21 octobre 2020, le Conseil fédéral a approuvé le rapport de postulat précité.

Réduction des primes (rapport du Conseil fédéral en réponse au postulat 17.3880 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 rapport contenait trois propositions visant à améliorer la conception et le financement. Le Conseil fédéral en a pris connaissance le 20 mai 2020. Lors de cette séance, il a en outre décidé d'opposer l'une de ces propositions à l'initiative populaire « Maximum 10 % du revenu pour les primes d'assurance-maladie » à titre de contre-projet indirect.

Perspectives

Mesures de maîtrise des coûts

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^{er} volet »). 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 porte 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 relatives aux médicaments. Dans le cadre de ce volet, la mesure concernant l'objectif de maîtrise des

coûts constitue un contre-projet indirect à l'initiative populaire fédérale « Pour des primes plus basses. Frein aux coûts dans le système de santé (initiative pour un frein aux coûts) ». Le 28 avril 2021, le Conseil fédéral a décidé d'extraire l'objectif de maîtrise des coûts du deuxième volet de mesures et de l'utiliser comme unique contre-projet indirect. Il adoptera le message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (« Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2^e volet ») au premier trimestre 2022.

Modification de la LAMal concernant la rémunération du matériel de soins

Suite à l'adoption le 18 décembre 2020 par les Chambres fédérales de la modification de la LAMal concernant la rémunération du matériel de soins, la mise en œuvre se trouve en cours de préparation. À l'heure actuelle, les moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques utilisés par l'assuré lui-même ou avec l'aide d'un intervenant non professionnel sont rémunérés par l'assurance obligatoire des soins (AOS), tandis que le matériel de soins employé par le personnel infirmier l'est selon le régime de financement des soins (AOS, assurés, cantons). La modification de la LAMal vise à supprimer cette distinction en matière de rémunération. La modification correspondante des ordonnances d'exécution est en cours de préparation. Le Conseil fédéral fixera la date d'entrée en vigueur et prendra sa décision quant à la modification des dispositions d'exécution au premier semestre 2021.

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. Le 24 février 2021, le Conseil fédéral a fixé son entrée en vigueur au 1^{er} avril 2021 et, simultanément, a adop-

AMal Assurance-maladie

té la modification de l'OAMal. Cette dernière vise notamment à régler la composition de la Commission fédérale pour la qualité (CFQ). Elle concrétise en outre les exigences relatives aux conventions de qualité valables pour l'ensemble du territoire suisse, détermine la procédure de sélection lors de la délégation contre indemnisation à des tiers de certaines tâches de la CFQ et clarifie les questions de financement. Par ailleurs, le Conseil fédéral a nommé les Avec l'entrée en vigueur de la modification de la LAMal, le Conseil fédéral a pour nouvelle tâche de fixer tous les quatre ans les objectifs à atteindre en matière de développement de la qualité, sur lesquels la CFQ est tenue d'orienter son travail et ses objectifs annuels. Le cadre de ces objectifs sera donné par une nouvelle stratégie du Conseil fédéral en matière de qualité. La stratégie en matière de qualité ainsi que les objectifs quadriennaux 2021-2024 seront présentés au Conseil fédéral après mise en consultation des projets par la CFQ et audition des organisations intéressées, au cours du second semestre 2021.

Mise en œuvre de la loi sur la transmissions de données par les assureurs

Le 19 mars 2021, les Chambres fédérales ont adopté la loi fédérale sur la transmission de données des assureurs dans l'assurance obligatoire des soins. La mise en œuvre de cette modification législative requiert que l'ordonnance sur l'assurance-maladie ainsi que l'ordonnance sur la surveillance de l'assurance-maladie soient adaptées et que la loi fédérale entre en vigueur.

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

Le 9 février 2021, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des États a publié le rapport sur les effets d'un financement uniforme des prestations ambulatoires et station-

naires (09.528). La procédure débute par des auditions de représentants des cantons, des assureurs, des assurés et des fournisseurs de prestations.

Admission des fournisseurs de prestations dans le secteur ambulatoire

La modification de la LAMal (admission des fournisseurs de prestations) a été adoptée le 19 juin 2020. La mise en œuvre du projet de loi a été mise en consultation en novembre 2020. Cette évaluation est en cours. En raison de la durée de validité limitée de l'art. 55a LAMal actuellement applicable, la nouvelle disposition et l'ordonnance correspondante doivent entrer en vigueur le 1^{er} juillet 2021. L'entrée en vigueur des autres dispositions suivra à une date ultérieure.

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.

Le Conseil fédéral entend lui opposer une modification de la LAMal relative à la réduction des primes à titre de contre-projet indirect. À l'automne 2020, il a soumis pour consultation aux cantons et aux associations intéressées cette modification, qui prévoit d'obliger chaque canton à réduire les primes au moyen d'un montant minimal correspondant à une proportion donnée des coûts bruts de l'AOS occasionnés par les assurés du canton. Cette proportion doit être définie en fonction de la charge que les primes représentent pour les assurés dans le canton concerné.

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 l'autorité fédérale de surveillance des marchés financiers (FINMA) pour l'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. Le Conseil fédéral a transmis son message au Parlement le 19 mai 2021.

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 au second semestre 2021.

Réduction des réserves et remboursement des primes

La LSAMal et l'OSAMal contiennent deux instruments de correction des primes. Lorsque les réserves d'un assureur risquent de devenir excessives, il peut les réduire en faveur des assurés. Si une année, dans un canton, ses primes ont été nettement plus élevées que ses coûts, il peut rembourser aux assurés la part de la prime encaissée en trop.

Le 18 septembre 2020, le Conseil fédéral a ouvert une consultation pour la modification de l'OSAMal. Le projet concerne la réduction volontaire des réserves et la compensation des primes encaissées en trop. Pour la réduction des réserves, le seuil du niveau des réserves dont doit disposer l'assureur après la réduction est abaissé de 150% à 100% et est inscrit dans l'ordonnance. Cette modification facilite la réduction des réserves en faveur des assurés. La réduction sera opérée en priorité par un calcul au plus juste des primes de l'année suivante. Pour la compensation des primes encaissées en trop, le projet définit quand les primes sont nettement plus élevées que les coûts. Le rapport entre les coûts et les primes (combined ratio) doit être inférieur à un certain niveau pour que l'assureur puisse rembourser aux assurés la part de la prime payée en trop. Selon le projet, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) calcule ce niveau individuellement pour chaque assureur et chaque canton. Le Conseil fédéral a adopté la révision de l'OSAMal le 14 avril 2021. Elle est entrée en vigueur le 1^{er} juin 2021.

AA Assurance-accidents

Dernières données disponibles : 2019

1 Chiffres actuels de l'AA

Recettes (résultat d'exploitation) 2019	11'341 mio de fr.
Dépenses 2019	7'240 mio de fr.
Résultat 2019	4'101 mio de fr.
Compte de capital 2019	65'839 mio de fr.

Cotisations 2021 du gain assuré	
Accidents non professionnels (ANP) Payées principalement par les salariés	Depuis 2007, il n'est plus possible d'indiquer les taux de primes nettes, chaque assureur établissant son propre tarif.
Accidents et maladies prof. (AP) Payées principalement par les employeurs	
Gain maximal assuré	148'200 fr./an

Prestations 2021	
Soins et remboursement de frais	Selon le cas
Prestations en espèces du gain assuré :	
Indemnité journalière : incapacité de travail totale	80%
incapacité de travail partielle	réduite en proportion
Rente d'invalidité : invalidité complète	80%
invalidité partielle	réduite en proportion

En 2019, le capital de l'AA a continué d'augmenter pour s'établir à 65 839 millions de francs, ce qui représente un nouveau record.

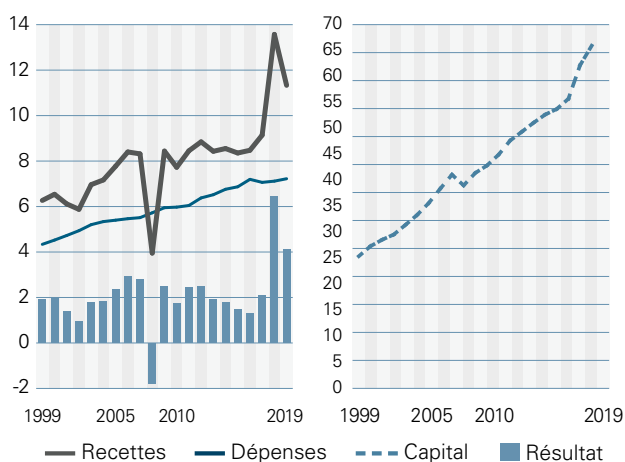
Évolution en 2019

Les dépenses de l'AA ont augmenté, tandis que ses recettes ont diminué. Le résultat d'exploitation a ainsi baissé de 36,3 % en 2019, pour s'inscrire à 4101 millions de francs.

Les recettes ont reculé de 16,5 % et se chiffrent à 11 341 millions de francs. Le produit des placements (produit courant du capital et variation de valeur du capital) s'est replié de 27,4 % suite à la réévaluation des placements de la Suva en 2018, qui l'avait à l'époque entraîné en forte hausse. Certes nettement inférieur à son niveau de 2018, le produit des placements n'en était pas moins largement plus élevé que durant l'excellente année boursière 2017. Les dépenses, de leur côté, ont augmenté de 1,5 %, s'établissant à 7240 millions de francs. Si le nombre d'accidents déclarés a augmenté (+1,5 %), l'effectif des bénéficiaires de rente a encore diminué (-1,2 %). Les dépenses ont été affectées à raison de 28,4 % à des frais de traitement, de 29,2 % à des indemnités journalières et de 26,7 % à des rentes et à des prestations en capital.

En 2019, l'AA était gérée par la Suva (principal assureur) et par 26 autres assureurs. Pendant l'année, 278 736 cas d'accidents et maladies professionnels et 573 955 cas d'accidents non professionnels ont été déclarés.

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

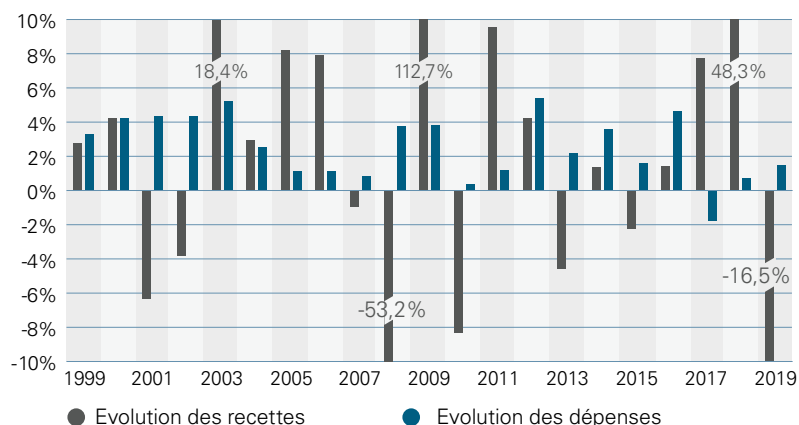


Les recettes calculées avec les variations de valeur du capital ont toujours été supérieures aux dépenses, sauf en 2008. Elles consistent pour l'essentiel en cotisations des assurés. Les principales composantes des dépenses sont les prestations à court terme (frais de traitement et indemnités journalières ; 2019 : 4,2 milliards de francs) et les prestations de longue durée (rentes et prestations en capital ; 2019 : 1,9 milliard de francs).

Les résultats positifs du compte d'exploitation permettent d'accumuler du capital (2019 : 65,8 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.

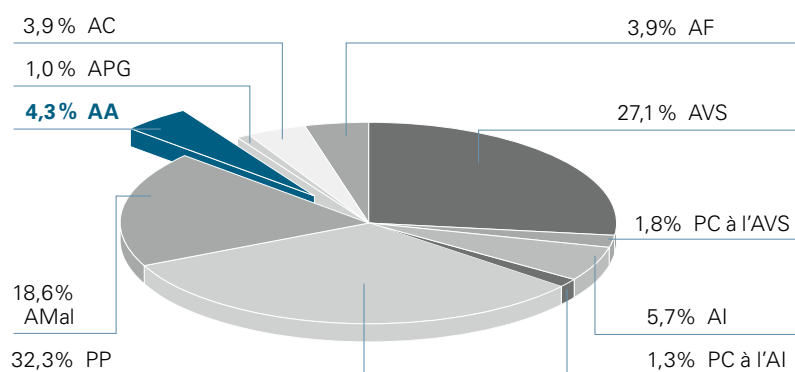
Dernières données disponibles : 2019

3 Evolution des recettes et des dépenses de l'AA



L'évolution des recettes dépend des cotisations des assurés et du produit des placements. Les cotisations des assurés ont diminué de 5,4 % en 2019 (primes brutes AP et ANP en baisse). Sous l'effet de la réévaluation, en 2018, des placements de la Suva, le taux de variation du produit des placements s'est révélé nettement positif en 2018 et très négatif en 2019. Les dépenses ont quant à elles augmenté de 1,5 %.

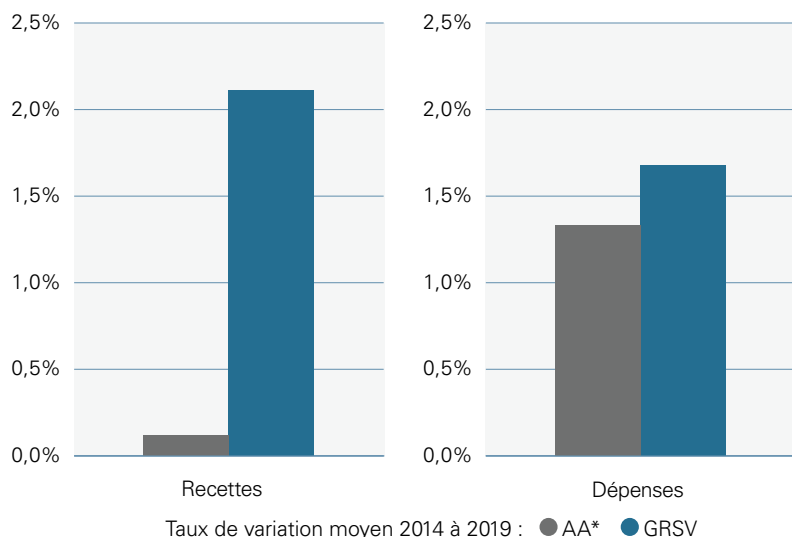
4 L'AA dans le CGAS 2019



Dépenses 2019 : 166,3 mia fr.

À l'aune des dépenses, l'AA vient en cinquième position des assurances sociales, avec 4,3 %. Les dépenses ont été affectées à raison de 28,4 % à des frais de traitement, de 29,2 % à des indemnités journalières et de 26,7 % à des rentes et à des prestations en capital.

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



Recettes de 2014 à 2019 : Les recettes de l'AA ont augmenté légèrement (0,1 %), soit moins que celles du CGAS (2,1 %). Cette évolution est due à la baisse des recettes provenant des primes.

Dépenses de 2014 à 2019 : La hausse des dépenses de l'AA (1,3 %) a été inférieure à celle du CGAS (1,7 %). Cette hausse résulte surtout de celle des prestations à court terme (2,1 %), alors que celle des prestations de longue durée (0,0 %) 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 2021 (parution automne 2021), OFAS, et www.ofas.admin.ch

AA Assurance-accidents

Finances

Finances 2019 de l'AA, en millions de francs

	2019	Variation 2018/2019
Primes des entreprises (AP) et des assurés (ANP, AF et AAC)	6'017	-5,4%
Recettes des actions récursoires	283	1,5%
Recettes (résultat de répartition)	6'300	-5,1%
Produit du capital	1'521	9,9%
Recettes (résultat selon le CGAS)	7'821	-2,5%
Variation de valeur du capital	3'520	-36,6%
Recettes (résultat d'exploitation)	11'341	-16,5%
Prestations à court terme	4'171	2,7%
Prestations de longue durée	1'931	-0,3%
Autres dépenses	1'138	0,1%
Dépenses	7'240	1,5%
Résultat de répartition	-940	-89,2%
Résultat selon le CGAS	581	-34,5%
Résultat d'exploitation	4'101	-36,3%
Variation du capital	3'754	-41,7%
Capital¹	65'839	6,0%

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

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

Source : SAS 2021 (parution fin 2021), OFAS et www.ofas.admin.ch.

Chiffres relatifs à la structure de l'AA

	2018	2019
Assureurs	29	27
Entreprises assurées	618'424	626'833
Salariés à plein temps ¹ (en milliers)	4'115	4'184
Somme des salaires soumis à une prime AP (en mrd fr.)	315	315
Nombre d'accidents professionnels enregistrés	273'675	278'736
Nombre d'accidents non professionnels enregistrés	565'017	573'955
Rentes d'invalidité déterminées	1'721	1'457
Cas de décès reconnus	591	524
Indemnités pour atteinte à l'intégrité et autres versements en capital	4'933	5'105
Frais médicaux (en mio fr.)	1'955,8	2'032,5
Indemnités journalières (en mio fr.)	2'021,1	2'097,9
Capital de couverture des nouvelles rentes octroyées (en mio fr.)	800,7	755,5

¹ 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

Réformes

Les assureurs LAA ont introduit auprès du Département fédéral de l'intérieur (DFI) une demande de modification de l'art. 117, al. 1, de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA ; RS 832.202), lequel fixe les majorations pour paiement échelonné des primes. Les primes peuvent être réglées à échéance semestrielle ou trimestrielle. À l'heure actuelle, les majorations s'élèvent à 1,250 % de la prime annuelle pour le paiement par semestre et à 1,875 % pour le paiement par trimestre. Au regard du présent niveau des taux d'intérêt, ces majorations sont trop élevées et doivent par conséquent être revues à la baisse. La modification de l'art. 117, al. 1, OLAA entrera probablement en vigueur au 1^{er} janvier 2023.

Perspectives

Le 12 novembre 2020, la Suva, l'Association suisse d'assurances (ASA) et le collectif d'intérêts des autres assureurs LAA ont soumis au Département fédéral de l'intérieur (DFI) pour approbation une demande commune du 31 août 2020 visant à modifier les normes comptables uniformes pour la pratique de l'assurance-accidents. L'unique modification requise consiste en la baisse du taux d'intérêt technique de 1,5 % actuellement à 1,0 % pour toutes les rentes dès 2022. La demande est entre les mains du DFI pour approbation.

AM Assurance militaire

Chiffres clés

Selon la statistique de l'assurance militaire publiée par la Suva, le montant global des prestations versées en 2020 est de 170 millions de francs, en recul

de 8,13 millions de francs par rapport à l'exercice précédent.

Chiffres détaillés de l'AM pour 2020

	2020 en milliers de fr.		Variation 2019/2020
Coût total des prestations d'assurance	170'347		-4,6%
Frais de traitement	70'593		-8,2%
Indemnités journalières	23'288		-4,6%
Rentes	76'466		-4,5%
Rentes d'invalidité ¹	39'836		-0,4%
Rentes pour atteinte à l'intégrité	3'389		+7,2%
Rentes de survivants	31'335		-4,8%

		Nombre de rentes 2020	Variation 2019/2020
Nombre total de rentes		3'103	-4,8%
Rentes d'invalidité		1'662	+/-0%
Rentes pour atteinte à l'intégrité		384	-8,4%
Rentes de survivants		940	-6%
Divers (allocations et indemnités supplémentaires)		157	-11,3%

	Coût 2020 en milliers de fr.	Nombre de cas 2020	Variation 2019/2020
Coûts¹ et nombre de cas par catégorie d'assurés, total	170'347	43'290	+5,8%
Militaires de milice	92'256	23'300	+12,2%
Astreints à la protection civile	5'091	1'487	-8,6%
Astreints au service civil	8'973	9'904	-2,2%
Personnel militaire	43'066	5'247	+4,1%
Assurés à titre facultatif	15'662	2'565	-0,3%
Participants aux actions de maintien de la paix	1'849	575	+11,4%
Membres du Corps suisse d'aide humanitaire	584	174	-17,9%
Divers	3'066	38	+/-0%

¹ Coûts des rentes compris

En raison du Covid-19, une diminution de 6 % des jours de service était observable dans l'armée en 2020. Selon la statistique de la Suva, le coût total des prestations versées par l'assurance militaire a baissé en 2020, et atteint, en chiffres arrondis, 170 millions de francs (-4,6 %).

Alors qu'ils avaient augmenté de 10,4 % en 2019, les frais de traitement ont reculé de 3,2 % en 2020 pour s'établir à 70,6 millions de francs, et ce malgré une hausse de 5,8 % du nombre de cas. L'explication réside ici dans la prise en charge des tests Covid-19 par la Confédération, et non par l'assurance militaire.

Les coûts des indemnités journalières ont atteint 23,3 millions de francs, en recul de 8,2 % par rapport à l'exercice précédent.

Le coût total des rentes s'est chiffré à 76,5 millions de francs, soit une diminution de 4,6 % par rapport à 2019. Le nombre des rentes en cours est de 3103, en baisse de 4,8 %. 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.

Le nombre de cas d'assurance liés au service civil a diminué de 2,2 %. Les dépenses dans cette catégorie ont baissé et s'établissent à 9 millions de francs (-1,3 million). 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'infirmières 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 12,2 % en raison des tests Covid-19. Une hausse du nombre de cas a également été observée en ce qui concerne le personnel militaire (+4,1 %) et les participants aux actions de maintien de la paix (+11,4 %). Le nombre de cas a en

revanche diminué s'agissant des astreints à la protection civile (-8,6 %), des astreints au service civil (-2,2 %), des assurés à titre facultatif (-0,3 %) et des membres du Corps suisse d'aide humanitaire (-17,9 %). Au total, l'assurance militaire a traité 43 290 nouveaux cas en 2020, soit 2385 de plus qu'en 2019 (+5,8 %).

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 2020, l'assurance militaire a occasionné des dépenses globales brutes de 193,10 millions de francs (-4,61 millions), comprenant 173,38 millions de francs pour l'ensemble des prestations et 19,72 millions (-0,34 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 21,24 millions de francs (+1,19 million).

Les dépenses nettes de la Confédération pour l'assurance militaire en 2020 se sont donc élevées à 171,86 millions de francs au total (-5,80 millions).

Réformes

Depuis le 1^{er} janvier 2018, les frais effectifs de l'assurance militaire pour les prestations en cas de maladie sont déterminants pour le calcul des primes des assurés à titre professionnel ou facultatif. La loi exige pour cela un taux de couverture des coûts d'au moins 80 %. Un supplément de prime est perçu en outre pour la couverture accidents dans l'assurance de base des assurés à titre facultatif ; il doit lui aussi couvrir au moins 80 % des coûts dus à un accident. En 2021, la prime mensuelle pour les prestations en cas de maladie est de 355 francs, et le supplément dans l'assurance facultative pour les prestations en cas d'accident de 40 francs par mois.

APG Allocations pour perte de gain

1 Chiffres clés actuels des APG

Recettes (résultat d'exploitation) 2020	1'821 mio de fr.
Dépenses 2020	1'637 mio de fr.
Résultat d'exploitation 2020	184 mio de fr.
Compte de capital 2020	1'351 mio de fr.
Allocation de base 2021	
Allocation en % du revenu moyen de l'activité lucrative	80%
– Personnes faisant du service (sans enfant) – en cas de maternité	max. 196 fr./jour
Nombre de jours indemnisés 2019	
Armée	5'059'789
Service civil, protection civile, J+S, cours pour moniteurs de jeunes tireurs	1'995'958
Jours d'allocations de maternité	6'567'520
Maternité, nombre de bénéficiaires 2019	82'889

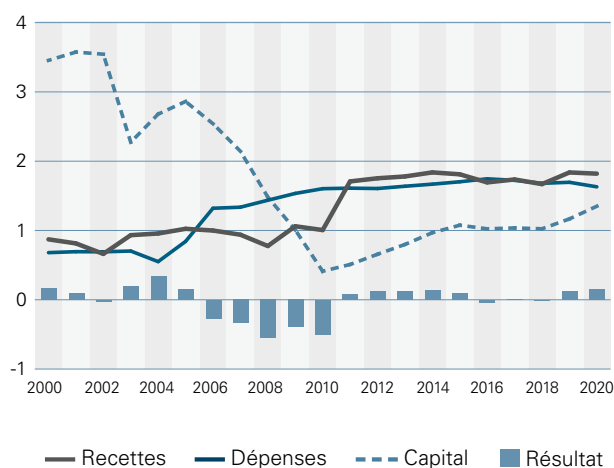
En 2020, tant le résultat de répartition (134 millions de francs) que le résultat d'exploitation (184 millions de francs) sont positifs dans le régime des APG.

Évolution en 2020

Les recettes ont diminué de 8,9 % et se chiffrent à 1821 millions de francs en 2020, évolution principalement attribuable aux variations nettement inférieures (-55,9 %) mais toujours positives de valeur du capital sur les marchés boursiers (31 millions de francs). Les cotisations des assurés ont augmenté de 1,3 % pour s'établir à 1772 millions de francs. Les dépenses ont atteint 1637 millions de francs, soit 58 millions de moins que l'année précédente (-3,4 %) ; elles ont été affectées à hauteur de 95,9 % à des indemnités journalières.

Le résultat de répartition du régime des APG s'est amélioré par rapport à l'année précédente (150,9 %). Le résultat d'exploitation s'est établi à 184 millions de francs grâce au recul des dépenses (-58 millions de francs).

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

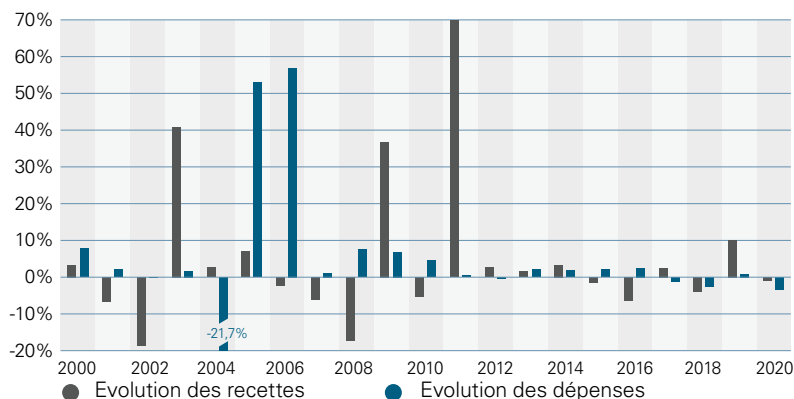


Après l'entrée en vigueur de la révision de la LAPG le 1^{er} juillet 2005 (instauration de l'assurance-maternité et hausse des prestations pour les personnes faisant du service), les comptes du régime des APG ont comme prévu enregistré des déficits et une diminution du capital. Grâce au relèvement temporaire du taux de cotisation, les recettes ont été supérieures aux dépenses de 2011 à 2015. En 2016, pour la première fois depuis 2010, un déficit a été enregistré à nouveau. Après avoir été négatif en 2018 à la suite de pertes de valeur du capital, le résultat d'exploitation est repassé dans le vert en 2019/2020 grâce à des gains de valeur du capital et en 2020 à la faveur du recul des dépenses.

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

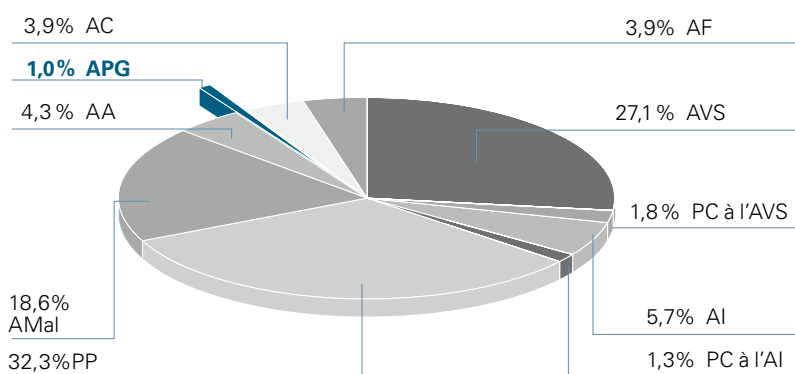
APG Allocations pour perte de gain

3 Evolution des recettes et des dépenses des APG



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. Les recettes ont nettement augmenté en 2019 grâce à des gains boursiers. En 2020, tant les recettes (gains boursiers moins importants) que les dépenses (baisse des indemnités journalières) ont diminué.

4 Les APG dans le CGAS 2019

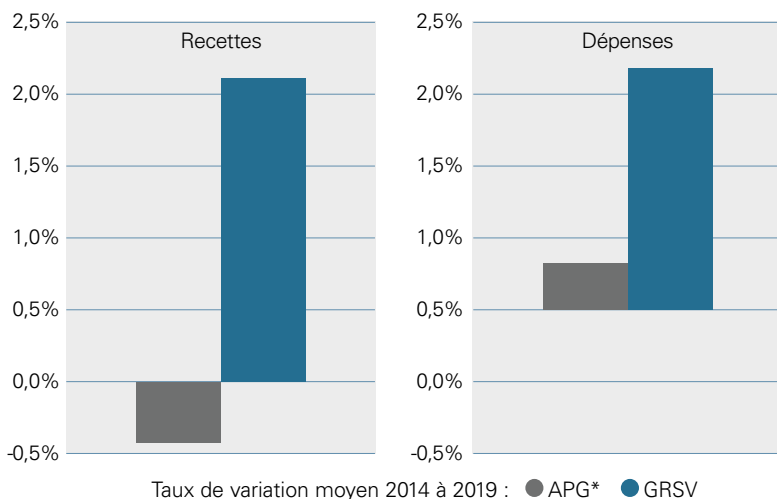


Dépenses 2019 : 166,3 mia fr.

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 2019, 95,8 % de ses dépenses, qui ont atteint 1695 millions de francs, ont été affectés à des indemnités journalières, dont 54,2 % au titre des allocations de maternité et 45,8 % pour des prestations à des personnes faisant du service (estimation OFAS).

5 Evolution actuelle des APG par rapport à celle du CGAS



Recettes de 2014 à 2019 : Les recettes moyennes des APG sur cinq ans ont reculé de 0,4 %. Leur évolution a donc été nettement inférieure à celle du CGAS (2,1 %).

Dépenses de 2014 à 2019 : Les dépenses du régime des APG ont augmenté de 0,3 % en moyenne annuelle, contre 1,7 % 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.

Source : SAS 2021 (parution automne 2021), OFAS, et www.ofas.admin.ch

APG Allocations pour perte de gain

Finances

Compte d'exploitation 2020 des APG, en millions de francs

	2020	Variation 2019/2020
Cotisations des assurés et des employeurs	1'772	1,3%
Recettes (résultat de répartition)	1'772	1,3%
Produit du capital	18	3,7%
Recettes (résultat selon le CGAS)	1'790	1,3%
Variation de valeur du capital	31	-55,9%
Recettes (résultat d'exploitation)	1'821	-0,9%
Prestations en espèces	1'634	-3,4%
Émoluments	1'570	-3,3%
Créances en restitution, net	-33	-7,0%
Quote-part de cotisations à la charge du régime des APG	96	-1,5%
Frais d'administration	3	-0,6%
Dépenses	1'637	-3,4%
Résultat de répartition	134	150,9%
Résultat selon le CGAS	152	114,5%
Résultat	184	29,2%
Capital	1'351	15,8%

Source : SAS 2021 (parution fin 2021), OFAS et www.ofas.admin.ch.

Alors que les dépenses ont doublé avec l'introduction des allocations de maternité en juillet 2005, entraînant une diminution des avoirs du fonds APG, le taux de cotisation a été relevé de 0,3 % à 0,5 % du salaire. En 2016, il a été ramené à 0,45 %, pour une période de cinq ans. Il en est résulté un recul de 8,8 % des cotisations des assurés et des employeurs, qui se sont chiffrées à 1658 millions de francs. En 2017, celles-ci ont progressé à nouveau en raison de la croissance des salaires.

Les prestations en espèces, essentiellement les indemnités journalières (armée, protection civile, Jeunesse et Sport, service civil et maternité), ont diminué de 3,4 % en 2020, s'établissant à 1634 millions de francs.

Le résultat de répartition (résultat de l'exercice hors produit des placements) a été de 134 millions de francs en 2020. Compte tenu du produit des placements (50 millions de francs), le résultat d'exploitation a enregistré une amélioration de 42 millions par rapport à l'année précédente et atteint 184 millions de francs. De ce fait, le compte de capital est passé de 1167 à 1351 millions de francs (+15,8 %). Les liquidités et les placements correspondaient ainsi à 72,5 % des dépenses d'une année, soit au-dessus de la limite des 50 %.

Réformes

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

Le régime des APG prévoyait jusqu'à présent 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 prévoyait cependant aucune allocation pour perte de gain pendant l'hospitalisation du nouveau-né et ne réglementait pas la durée maximale de ce report. En vertu du droit des obligations, la mère a droit au maintien du paiement du salaire, mais celui-ci ne fait pas l'objet d'une réglementation précise et sa durée dépend du nombre d'années de service auprès du même employeur.

Les Chambres fédérales ont adopté une motion (16.3631) de la CSSS-E qui demande que le droit à l'allocation de maternité soit prolongé en ce sens. Il s'agit d'en augmenter la durée de perception de 56 jours au maximum (de 98 à 154 jours) en cas de séjour du nouveau-né à l'hôpital de plus de trois semaines immédiatement après la naissance. Seules les mères qui continuent de travailler après le congé de maternité pourront bénéficier de cette prolongation. Ainsi, la perte de gain liée à la prise en charge de l'enfant à l'hôpital sera compensée dans 80 % des cas. De plus, les huit semaines d'interdiction de travailler après l'accouchement sont couvertes. Le code des obligations sera également modifié pour qu'il soit tenu compte de la prolongation, dans le cas de figure évoqué, du congé de maternité et de la protection contre le licenciement. L'avant-projet a été mis en consultation du 2 mars au 12 juin 2018. Il a reçu un accueil globalement très positif, tant en ce qui concerne la prolongation de la durée d'octroi de l'allocation de maternité que la protection prévue dans le CO. L'écrasante majorité a approuvé l'avant-projet proposé, qui s'inscrit dans un cadre clairement délimité, accroît la sécurité du droit et n'entraîne qu'une hausse modérée des dépenses au titre

des APG. Le Conseil fédéral a adopté le message à ce sujet le 30 novembre 2018 à l'intention du Parlement. Dans le cadre des débats parlementaires, le projet a été adapté en cela que l'allocation de maternité est prolongée si le nouveau-né doit rester en milieu hospitalier de manière ininterrompue durant deux semaines au moins suivant immédiatement la naissance – en lieu et place des trois initialement prévues. Le Parlement a adopté le projet en vote final le 18 décembre 2020. Le délai référendaire est échu le 10 avril 2021. Par décision du 12 mai 2021, le Conseil fédéral a mis en vigueur au 1^{er} juillet 2021 les modifications correspondantes de la LAPG.

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 visait 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 1^{er} 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 Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des États (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 lu-

APG Allocations pour perte de gain

crative 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). Adopté en votation populaire le 27 septembre 2020, le congé de paternité financé par le régime des APG est entré en vigueur au 1^{er} janvier 2021. Pour financer le congé de paternité, le taux de cotisation aux APG a été relevé de 0,45 %, à 0,5 % du salaire au 1^{er} janvier 2021.

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 %. Ils 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. Le Conseil national s'est prononcé en faveur de l'introduction d'une allocation pour perte de gain en cas d'adoption le 23 septembre 2020. L'objet est donc retourné à la CSSS-E.

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 décidé que les mesures de la loi fédérale sur l'amélioration de la conciliation entre activité professionnelle et prise en charge de proches seraient mises en œuvre en deux étapes.

Les mesures suivantes sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2020 :

- L'employeur est 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.
- Le droit aux bonifications pour tâches d'assistance de l'AVS est étendu, d'une part à la prise en charge d'une personne atteinte d'impo-

tence faible, d'autre part à la prise en charge du partenaire.

- Le supplément pour soins intenses et l'allocation pour impotent de l'Al en faveur des enfants sont 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.
- 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 à compter du 1^{er} juillet 2021. 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.

AC Assurance-chômage

1 Chiffres clés actuels de l'AC

Recettes (résultat d'exploitation) 2020	17'429 mio de fr.
Dépenses 2020	17'284 mio de fr.
Résultat 2020	145 mio de fr.
Compte de capital 2020	1'900 mio de fr.

Cotisations 2021	2,20%
Sur les revenus salariaux jusqu'à	148'200 fr./an

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).

Prestations 2021 en % du gain assuré	
Personnes ayant des obligations d'entretien, personnes gagnant moins de 3'797 fr./mois bénéficiaires d'une rente d'invalidité	80%
Autres assurés	70%

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

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

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

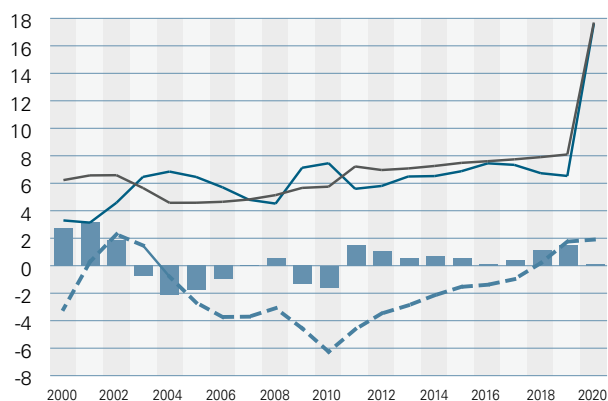
L'exercice 2020 s'est soldé pour le Fonds de compensation de l'AC par un résultat d'exploitation de 145 millions de francs.

Évolution en 2020

Sous l'effet de la crise du Covid-19, les indemnités en cas de réduction de l'horaire de travail et, partant, les dépenses de l'AC, ont connu une hausse sans précédent. Seule la prise en charge de ces indemnités par la Confédération a permis à l'assurance de clôturer sur un excédent de 145 millions de francs et de rester exempte de dette.

De même, le nombre de chômeurs inscrits, 145 720, était nettement supérieur à la moyenne de l'année précédente (106 932). Les dépenses dues aux indemnités de chômage ont augmenté de 32,1 %, pour s'établir à 5 993 millions de francs. Suite à la crise du Covid-19, les indemnités en cas de réduction de l'horaire de travail se sont inscrites en hausse, passant de 27 à 9 196 millions de francs. De ce fait, les dépenses de l'AC ont elles aussi progressé, de 164,6 %, pour se chiffrer à 17 284 millions de francs. De leur côté, les recettes ont augmenté de 115,3 % et ont atteint 17 429 millions de francs. Le résultat d'exploitation, en recul de 90,7 %, affichait 145 millions de francs. Ce n'est que grâce à la contribution extraordinaire de la Confédération à l'AC qu'il n'a pas été nécessaire de relever les taux de cotisation salariale en 2021.

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

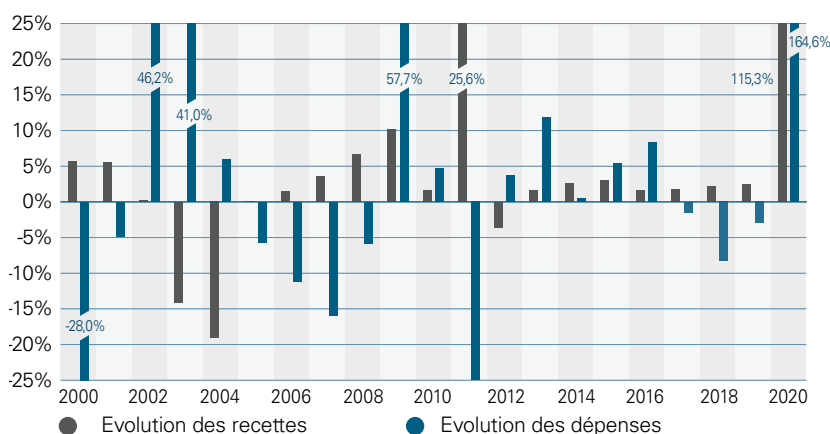


La crise du Covid-19 a entraîné une envolée des dépenses en 2020, à laquelle la Confédération a répondu par des contributions extraordinaires, de sorte que les recettes ont aussi considérablement progressé. Le résultat d'exploitation s'est révélé positif à 145 millions de francs et le Fonds de compensation de l'AC a augmenté son solde à 1 900 millions de francs.

L'évolution cyclique des comptes de l'AC, visible dans le graphique, illustre bien le rôle stabilisateur.

— Recettes — Dépenses - - - Capital ■ Résultat

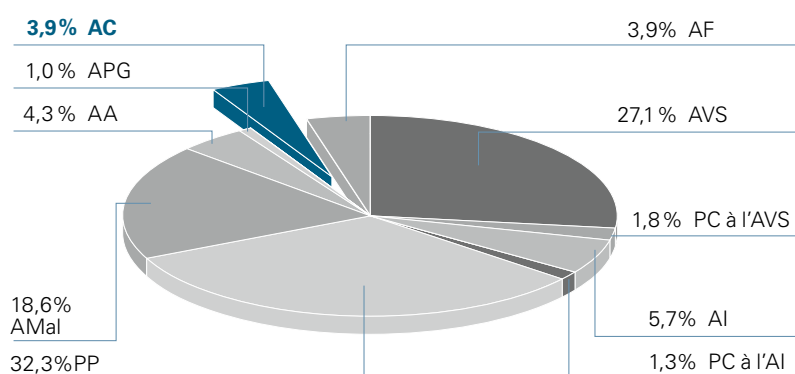
3 Evolution des recettes et des dépenses de l'AC



Les taux de variation des recettes reflètent surtout – outre les effets de l’emploi (crise du Covid-19 en 2020) et de l’évolution générale des salaires – les baisses (2003 et 2004) et les hausses (2011) du taux de cotisation ainsi que les contributions extraordinaires de la Confédération (crise du Covid-19 en 2020).

En 2010 et surtout en 2011, la croissance économique a induit une nette baisse des dépenses de l’AC. Après une période de hausse, l’AC a enregistré un nouveau recul des dépenses entre 2017 et 2019 grâce à une conjoncture favorable.

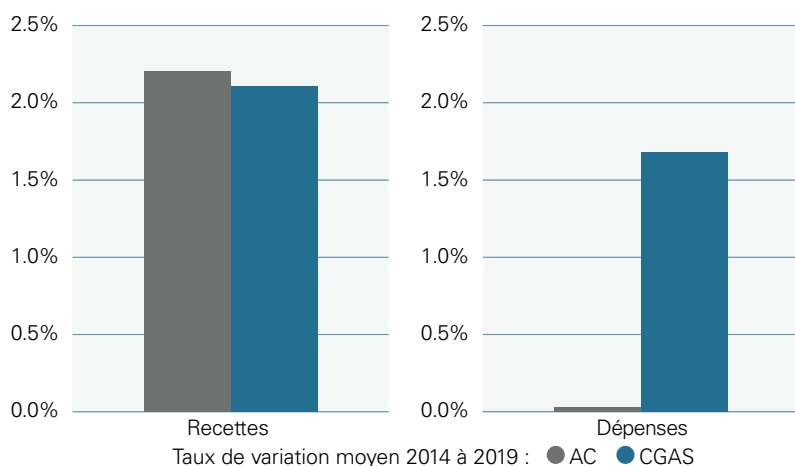
4 L'AC dans le CGAS 2019



Dépenses 2019 : 166,3 mia fr.

Mesurée à l’aune des dépenses, l’AC arrivait en sixième position des assurances sociales, avec 3,9 %. Ses dépenses ont été affectées à raison de 69,5 % aux indemnités de chômage et de 9,4 % aux mesures du marché du travail.

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



Recettes de 2014 à 2019 : L’augmentation moyenne des recettes de l’AC (2,2 %) a été légèrement supérieure à celle des recettes du CGAS (2,1 %).

Dépenses de 2014 à 2019 : L’évolution moyenne des dépenses de l’AC (0,03 %) a été nettement moins importante et n’a que peu contribué à la hausse des dépenses du CGAS (1,7 %) durant la période sous revue.

Source : SAS 2021 (parution automne 2021), OFAS, et www.ofas.admin.ch

Finances

Résultat des comptes 2020, en millions de francs

	2020	Variation 2019/2020
Cotisations des assurés et des employeurs	7'460,9	1,1%
Contributions des pouvoirs publics	9'955,7	–
Participation financière de la Confédération	585,8	14,8%
Contribution Covid-19 de la Confédération	9'185,7	–
Participation financière des cantons	172,1	1,2%
Participation des cantons aux frais des mesures du marché du travail	12,1	-28,4%
Autres produits	2,6	33,1%
Produit des différences de cours	2,8	-69,4%
Recettes (résultat de répartition)	17'421,9	115,4%
Produit du capital	7,2	30,2%
Recettes (résultat selon le CGAS)	17'429,1	115,3%
Variation de valeur du capital	–	–
Recettes (résultat d'exploitation)	17'429,1	115,3%
Prest. en espèces hors cotisations aux assurances sociales	15'367,1	214,5%
Indemnités de chômage ¹	5'993,1	32,1%
Cotisations aux assurances sociales des bénéficiaires d'IC	-462,3	-34,4%
Indemnités en cas de réduction de l'horaire de travail	9'196,1	–
Indemnités en cas d'intempéries	12,2	-49,5%
Indemnités en cas d'insolvabilité	26,9	-5,2%
Mesures du marché du travail	601,1	-1,7%
Cotisations aux ass. sociales sur les indemnités de chômage	854,9	34,3%
Cotisations AVS/AI/APG ²	621,3	36,0%
Cotisations ANP ²	222,3	32,2%
Cotisations AP ³	3,9	-12,6%
Cotisations LPP ²	7,4	4,6%
Indemnités liées aux accords bilatéraux ⁴	207,6	-17,1%
Frais d'administration	853,0	12,7%
Intérêts débiteurs	0,6	110,7%
Autres dépenses	1,1	-22,3%
Dépenses différences de cours	0,0	172,3%
Dépenses	17'284,4	164,6%
Résultat de répartition	137,5	-91,2%
Résultat selon le CGAS	144,7	-90,7%
Résultat	144,7	-90,7%
Capital	1'899,7	8,2%
Chiffres clés		
Chômeurs inscrits (moyenne annuelle)	145'720	
Taux de chômage	3,1%	

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 2021 (parution fin 2021), OFAS et www.ofas.admin.ch.

L'exercice 2020 s'est soldé pour le Fonds de compensation de l'AC par des dépenses de 17 284 millions de francs et des recettes de 17 429 millions de

francs, soit un excédent de 145 millions de francs. Les recettes ont augmenté de 115,3 % par rapport à l'année précédente suite à la contribution Co-

Bilan au 31 décembre 2020, en millions de francs

	2020	Variation 2019/2020
Actifs	4'194,9	82,1%
Liquidités :	2'666,3	303,5%
<i>Placements à court terme de l'organe de compensation</i>	–	–
<i>Disponibilités du Fonds de compensation</i>	2'467,9	313,9%
<i>Disponibilités des caisses de chômage</i>	198,4	207,4%
Comptes courants / débiteurs	1'390,8	-6,6%
Actifs transitoires	127,7	-11,9%
Mobiliers	10,2	24,7%
Passifs	4'194,9	82,1%
Comptes courants / créanciers	388,1	25,2%
Provisions pour application de l'art. 29 LACI	51,5	7,8%
Provisions pour insolvabilité	97,4	4,2%
Autres provisions à court terme	155,6	69,6%
Passifs transitoires	1'602,6	–
Emprunts de trésorerie auprès de la Confédération	0,0	–
Capital propre	1'899,7	8,2%

vid-19 extraordinaire de la Confédération destinée à couvrir les indemnités en cas de réduction de l'horaire de travail. Les dépenses ont aussi notablement progressé (164,6 %) : outre les indemnités en cas de réduction de l'horaire de travail, les indemnités de chômage ont enregistré une forte hausse.

Grâce à la prise en charge des indemnités en cas de réduction de l'horaire de travail par la Confédération via le versement d'une contribution extraordinaire, l'exercice 2020 s'est soldé par un résultat positif. À la fin 2020, le capital propre du Fonds de compensation de l'AC atteignait 1900 millions de

francs. Sans cette contribution, l'assurance aurait, en fin d'exercice, largement dépassé le plafond de la dette fixée dans la loi. Il aurait alors fallu augmenter les cotisations salariales à partir du 1^{er} janvier 2021 et le Conseil fédéral aurait dû réformer le financement de l'AC.

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 Parlement a adopté le projet, qui doit entrer en vigueur en 2021.

Dans le but de limiter les effets négatifs sur l'emploi de la politique de lutte contre la pandémie et,

partant, la hausse du chômage, le Parlement a arrêté la base pour les mesures d'atténuation dans l'AC dans le cadre de la loi Covid-19. Pour éviter un surendettement de l'assurance et le relèvement qui l'accompagne des cotisations salariales, le Parlement a approuvé un financement supplémentaire en faveur du Fonds de compensation de l'AC. La Confédération prend ainsi à sa charge les indemnités en cas de réduction de l'horaire de travail pour 2020 et 2021. Si, malgré tout, un surendettement du Fonds de compensation de l'AC devait se profiler, le Parlement pourrait allouer des ressources supplémentaires pour 2021.

AF Allocations familiales

Dernières données disponibles : 2019 ; données recueillies par l'OFAS

1 Chiffres clés actuels des AF

Recettes (résultat d'exploitation) 2019	6'722 mio de fr.
Dépenses 2019	6'513 mio de fr.
Prestations sociales 2019	6'060 mio de fr.

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

Montants cantonaux des allocations pour enfant (par mois)	2021
Montant le plus élevé, 1 ^{er} enfant : ZG, GE	300 fr.
Montant le plus bas, 1 ^{er} enfant : ZH, LU, GL, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, TG, AG, TI	200 fr.
Allocations pour enfant dans l'agriculture	2021
Mêmes mont. que ceux prescrits par la LAFam. Ces mont. sont majorés de 20 francs dans les régions de montagne	200 Fr.
Taux de cotisations des CAF cantonales (en % du salaire soumis à l'AVS)	2021
Employeurs	1,15%–2,70%
Indépendants	0,70%–2,80%

Depuis l'entrée en vigueur de la loi fédérale sur les allocations familiales (LAFam) en 2009, les recettes de l'ensemble des allocations familiales ont augmenté de 1,5 milliard de francs et les dépenses de 1,6 milliard.

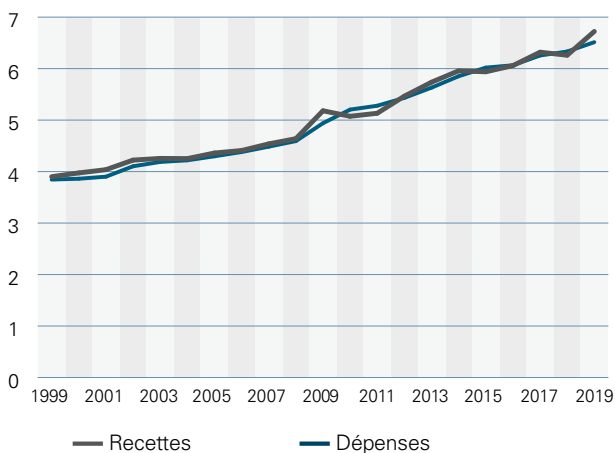
Évolution en 2019

Les recettes des AF ont atteint 6,7 milliards de francs en 2019.

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 1,64 % en 2019 (2018 : 1,62 %). Les dépenses des AF ont atteint 6,5 milliards de francs en 2019. Les prestations versées, se montant à 6,1 milliards de francs, en représentaient 93,0 %. 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.

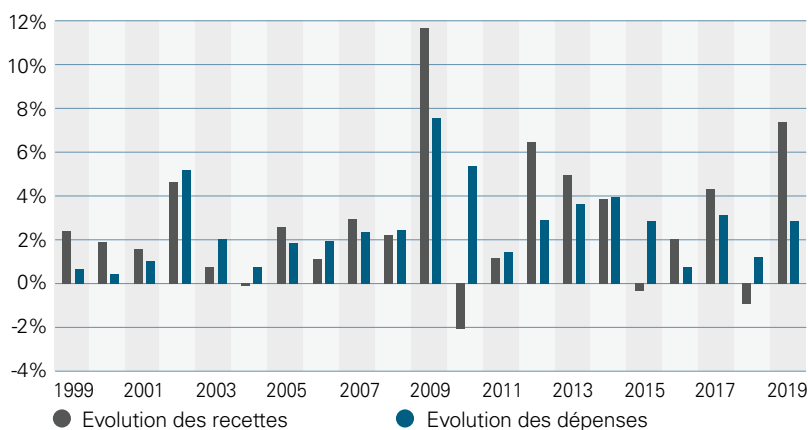
2 Recettes et dépenses des AF, en milliards de francs



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 2019, les cotisations ont augmenté de 3,9 % en raison de la hausse des taux de cotisation et des salaires. Les recettes ont progressé de 7,4 % et les dépenses de 2,9 %. Davantage d'allocations ont été versées et le canton de Vaud les a relevées pour les deux premiers enfants.

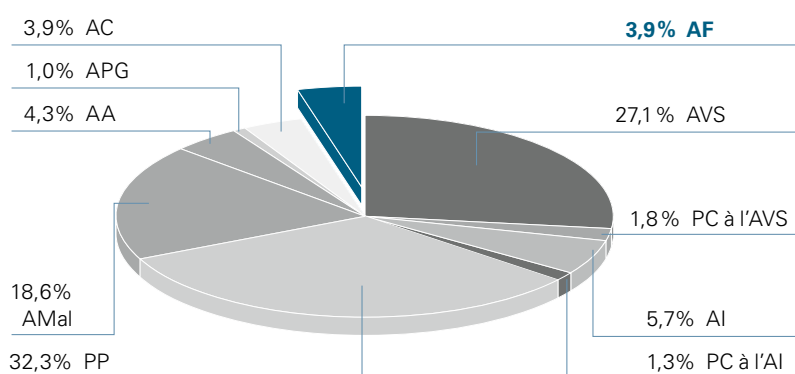
Dernières données disponibles : 2019 ; données recueillies par l'OFAS

3 Evolution des recettes et des dépenses des AF



En 2019, tant les recettes que les dépenses ont augmenté. La progression des recettes (+7,4 %) résulte notamment des résultats positifs des placements. La croissance des dépenses (+2,9 %) est due à l'augmentation du nombre d'allocations (pour enfant ou de formation professionnelle) versées dans un contexte de légère hausse du montant des allocations.

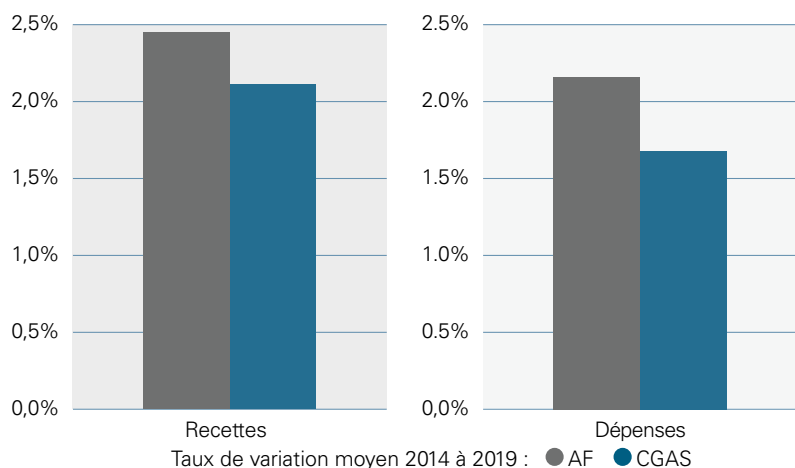
4 Les AF dans le CGAS 2019



Dépenses 2019 : 166,3 mia fr.

Considérées sous l'angle des dépenses de l'ensemble des assurances sociales, les AF, tous régimes confondus, occupaient l'antépénultième position, avec 3,9 %. Les dépenses ont été affectées à des prestations d'assurance sociale à raison de 93,0 %, dont 43,1 % pour les prestations octroyées par les caisses de compensation cantonales.

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



Recettes de 2014 à 2019 : Le taux de croissance moyen des recettes des AF (2,4 %) a été supérieur à celui des recettes du CGAS (2,1 %). Son évolution dépend des taux de cotisation et des revenus soumis à cotisation.

Dépenses de 2014 à 2019 : Le taux de croissance des dépenses des AF (2,2 %) a été nettement supérieur à celui des dépenses du CGAS (1,7 %). En conséquence, le poids des AF dans le système de sécurité sociale a augmenté au cours des cinq dernières années.

Source : SAS 2021 (parution automne 2021), OFAS, et www.ofas.admin.ch

AF Allocations familiales

Allocations familiales en vertu de la LAFam

La loi fédérale sur les allocations familiales (LAFam) est en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2009. Elle s'applique aux salariés, aux personnes sans activité lucrative ainsi qu'aux indépendants en dehors de l'agriculture. Toutes les personnes actives réalisant un revenu soumis à l'AVS d'au moins 7110 francs par an (depuis le 1^{er} janvier 2019) ainsi que les per-

sonnes sans activité lucrative au revenu imposable modique touchent, pour leurs enfants et les jeunes en formation, des allocations familiales au titre de la LAFam. Une loi spécifique s'applique aux agriculteurs indépendants et aux travailleurs agricoles qu'ils emploient (loi fédérale sur les allocations familiales dans l'agriculture, LFA, voir p. 91).

Statistique des caisses de compensation pour allocations familiales, 2019, en millions de francs

Postes du compte	Dépenses	Recettes
Cotisations des employeurs ¹		5'994
Cotisations des indépendants ²		226
Cotisations des personnes sans activité lucrative ³		12
Contributions des cantons		145
Recettes de la compensation des charges au niveau cantonal ⁴		148
Autres recettes		26
Allocations familiales	5'902	
Autres prestations ⁵	197	
Versements à la compensation des charges au niveau cantonal	217	
Autres dépenses	83	
Résultat annuel (bénéfice)	153	
Total	6'661	6'551

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, 20 cantons (ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, ZG, FR, SO, BS, BL, BS, SH, SG, GR, TI, VD, VS, GE et JU) ont fait usage de cette possibilité.

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

Compte d'administration, placements inclus, 2019, en millions de francs

Type d'allocation	Charges	Produits
Compte d'administration	178	75
Placements et immobilier	60	219
Résultat annuel	57	
Total	294	294

Nombre d'allocations (y c. allocations différentielles), 2019¹

Type d'allocation	Versées aux salariés	Versées aux indépendants	Versées aux personnes sans activité lucrative	Total	Pourcentage
Allocations pour enfant	1'621'800	44'700	39'300	1'705'900	73,3%
Allocations de formation professionnelle	559'400	20'700	12'000	592'100	25,4%
Allocations de naissance et d'adoption	27'300	700	1'300	29'400	1,3%
Total	2'208'600	66'100	52'700	2'327'400	100,0%
Pourcentage	94,9%	2,8%	2,3%	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), 2019, en millions de francs

Type d'allocation	Versées aux salariés	Versées aux indépendants	Versées aux personnes sans activité lucrative	Total	Pourcentage
Allocations pour enfant	3'940,0	119,2	109,3	4'168,6	70,6%
Allocations de formation professionnelle	1'583,7	66,0	39,9	1'689,7	28,6%
Allocations de naissance et d'adoption	39,9	1,1	2,3	43,4	0,7%
Total	5'563,7	186,3	151,6	5'901,6	100,0%
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. 21 cantons² ont fait usage de la compétence de fixer des montants plus élevés (état au 1.1.2021), et neuf³ accordent des allocations de naissance et/ou d'adoption.

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

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

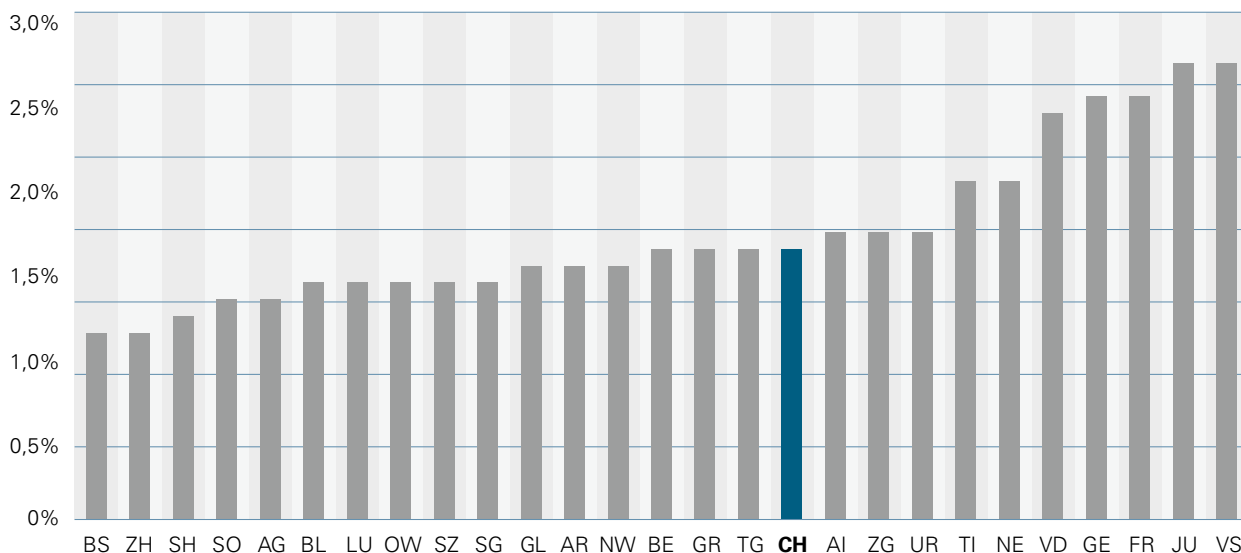
Bénéficiaires d'allocations familiales, 2019⁴

	Salariés	Indépendants	Personnes sans activité lucrative	Total
Nombre	1'227'900	36'300	27'800	1'292'000
Pourcentage	95,0%	2,8%	2,21%	100,0%

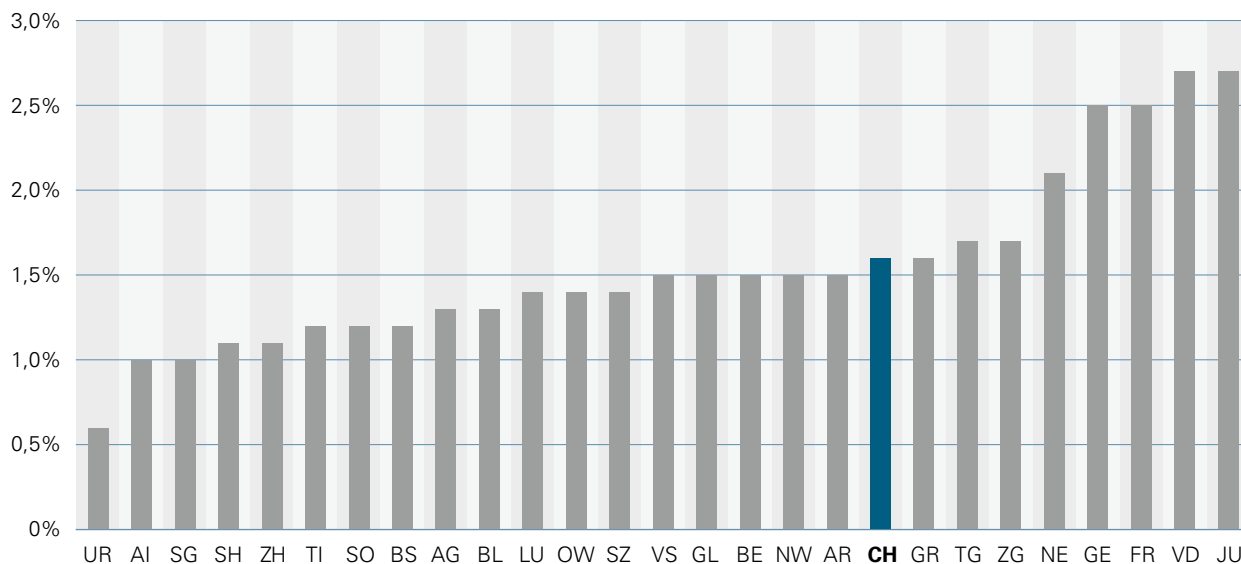
4 Étant donné que l'analyse adopte désormais une optique annuelle et qu'une même allocation peut être comptabilisée à plusieurs reprises en cas de changement de caisse, ces données peuvent compter plusieurs fois un même bénéficiaire.

AF Allocations familiales

Taux pondérés de cotisation des employeurs, par canton, en 2019



Taux pondérés de cotisation des indépendants, par canton, en 2019



Les taux de cotisation des employeurs, pondérés à l'aide de la somme cantonale des revenus soumis à l'AVS1, varient selon les cantons entre 1,06 et 2,74 %. Le taux pondéré moyen pour la Suisse est de 1,64 %.

Les taux pondérés de cotisation des indépendants, qui sont calculés de manière analogue à ceux des employeurs, varient selon les cantons entre 0,56 % et 2,74 %. Le taux de cotisation pondéré moyen des indépendants pour la Suisse se situe à 1,58 %.

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

Allocations familiales en vertu de la LFA

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

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

Compte d'exploitation LFA, 2020, en millions de francs

Postes du compte	Dépenses	Recettes	Variation 2018/2019
Cotisations des employeurs		22	+3%
Contributions des pouvoirs publics			
– Confédération 2/3		47 ¹	-7%
– Cantons 1/3		24	-7%
Prestations en espèce	91		-5%
Frais d'administration	3		18%
Total	93	93	-5%

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

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

Allocations familiales, de 2016 à 2020 ensemble des bénéficiaires

Année	Nombre de bénéficiaires		Coût (en mio de fr.)	
	Agriculteurs ¹	Salariés	Total	Confédération
2016	13'356	7'874	110	62
2017	13'387	7'716	111	62
2018	13'022	8'261	101	55
2019	12'537	8'401	98	51
2020	11'958	8'213	93	47

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

AF Allocations familiales

Allocations familiales selon la LFA de 2016 à 2020, agriculteurs exerçant cette activité à titre principal

Année	Agriculteurs en région de plaine ¹			Agriculteurs en région de montagne ¹		
	Nombre de bénéficiaires	Nombre d'allocations ³	Coût en millions de francs	Nombre de bénéficiaires	Nombre d'allocations ³	Coût en millions de francs
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
2020 ²	6'513	14'413	34	5'445	13'330	31

1 Pour 2016 à 2019 : sans les agriculteurs exerçant leur activité à titre accessoire, les exploitants d'alpages et les pêcheurs professionnels ; pour 2020 : y compris les agriculteurs exerçant leur activité à titre principal et accessoire, les exploitants d'alpages et les pêcheurs professionnels.

2 Agriculteurs en région de plaine, y compris les pêcheurs professionnels ; agriculteurs en région de montagne, y compris les exploitants d'alpages.

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

Allocations familiales selon la LFA, de 2016 à 2020, travailleurs agricoles

Année	Nombre de bénéficiaires		Allocations de ménage ¹	Nombre d'allocations ¹		Coût en mio de fr.
		dont les étrangers ²			dont celles pour les enfants à l'étranger	
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
2020	8'213	–	7'679	10'351	–	27

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

2 Ne sont plus prélevées à compter de 2020.

Réformes et perspectives

Révision de la loi sur les allocations familiales : lacunes comblées

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 intégrale¹ ou partielle^{2,3} 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 du 29 avril au 9 septembre 2020. Le Conseil fédéral devrait décider de la suite qu'il entend donner au projet durant l'été 2021.

Compensation des charges entre les CAF

Le Fonds « Allocations familiales aux travailleurs agricoles et aux paysans de montagne » (fonds LFA) est doté d'un crédit de 32,4 milliards de francs. Ses intérêts sont utilisés pour diminuer les contributions des cantons au financement des allocations fami-

liales dans l'agriculture. Depuis 2018, le fonds n'a plus produit de recettes d'intérêts. C'est pourquoi il convient de le dissoudre et d'en transférer le capital intégralement aux cantons. La révision nécessaire à cette fin de la LFA a été mise en consultation du 29 avril au 9 septembre 2020. La dissolution du fonds LFA a été saluée à l'unanimité. En conséquence, un message doit être soumis au Conseil fédéral pour approbation.

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. Le 25 mars 2021, la CSSS-N a commencé à débattre de la mise en œuvre de l'initiative et a décidé de procéder à des examens complémentaires.

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

2 ZH, FR, BS, GR, SG et VS.

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. 101bis de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS ; RS 831.10) et les art. 74 et 75 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI ; RS 831.20).

Organisations de l'aide privée aux personnes âgées

Afin de permettre aux personnes âgées de rester le plus longtemps possible à domicile, la 9e révision de l'AVS (en 1979) a posé à l'art. 101bis 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 70 millions de francs en 2020, quelque 13,5 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. 56,5 millions de francs ont servi à des prestations quantifiables telles que conseil, assistance, occupation et cours pour personnes âgées donnés sur place, mais aussi à des travaux de coordination des organisations locales de Pro Senectute. Les subventions destinées à ces prestations sont transmises aux sections cantonales. Les principaux prestataires sont ici Pro Senectute et la Croix-Rouge suisse (CRS). L'Association Alzheimer Suisse et l'Association suisse des services d'aide et de soins à domicile transmettent elles aussi une partie des aides financières accordées.

En vertu de l'art. 222, al. 3, du règlement du 31 octobre 1947 sur l'assurance-vieillesse et survivants (RAVS), une somme déterminée est prélevée sur le Fonds AVS et créditée à l'AI au titre de la participation aux prestations que les organisations de l'aide privée aux invalides fournissent au moyen de subventions visées à l'art. 74 LAI à des personnes qui n'ont été atteintes dans leur santé qu'après l'âge ordinaire de la retraite. En 2020, les organisations AI en question ont fourni des prestations à hauteur de près de 20 millions de francs. Le montant est calculé conformément aux dispositions de l'art. 108^{quater} du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité.

Organisations de l'aide privée aux personnes handicapées

Des aides financières pour des prestations d'intégration sociale (conseil social, cours, accompagnement à domicile, encouragement et soutien à la réadaptation de personnes au bénéfice d'une mesure de l'AI) sont octroyées à des organisations de l'aide privée aux personnes handicapées sur la base de l'art. 74 LAI et de contrats de subvention d'une durée de quatre ans. Des contrats de ce type existent avec 51 organisations faîtières sur la période de 2020 à 2023. Ces organisations ont conclu à leur tour quelque 480 sous-contrats avec des organisations cantonales ou régionales de l'aide privée aux personnes handicapées. En 2020, les subventions de l'AI/AVS s'élevaient en tout à 155,4 millions de francs, dont quelque 20 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 2020 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 2020 de l'AVS, en francs	13'534'973,00	56'347'610,00	69'882'583,00
Prestations de l'aide privée aux personnes handicapées à la charge de l'AVS , en francs (imputation conformément à l'art. 222, al. 3, RAVS)			20'040'026,00
Total des subventions aux organisations de l'aide privée aux personnes handicapées selon le compte d'exploitation 2020 de l'AI, en francs			135'320'130

Evolution et mesures touchant l'ensemble du système

Recours contre le tiers responsable

Produit des actions récursoires, de 2015 à 2020, par assurance, en millions de francs

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Assureurs-accidents	220	281,4	254,2	254,7	*	*
dont Suva	138	194	171,5	173,2	175,2	173,9
AVS/AI	62,8	69,9	59,1	48,1	49,9	42,5

* Chiffre non encore disponible

Depuis 2015, le produit des actions récursoires des assurances sociales mentionnées dans le tableau ne recule plus dans les mêmes proportions que durant les dix années précédentes et s'est stabilisé à une valeur de base de 250–260 millions de francs pour l'assurance-accidents au sens de la LAA et de 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 ainsi que le nombre de décès imputables à un accident. La baisse du nombre annuel de nouvelles rentes d'invalidité octroyées à la suite d'un accident et de décès consécutifs à 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) pour atteindre, avec 1720 nouvelles rentes en 2018, la valeur la plus basse depuis l'entrée en vigueur de la LAA (1984) (Statistique des accidents LAA 2020, pp. 31 et 36). Par ailleurs, on observe une tendance à la baisse des rentes liées à une invalidité grave, tandis que les rentes avec un faible degré d'invalidité augmentent (Statistique des accidents LAA 2020, p. 32).

Dans l'assurance contre les accidents professionnels, le nombre de cas de décès consécutifs à des événements accidentels a diminué de moitié depuis l'introduction de la LAA : il est en effet passé d'une moyenne annuelle de près de 200 décès entre

1985 et 1994 à moins de 100 par an depuis 2002. Le nombre d'accidents mortels durant les loisirs a pratiquement diminué de moitié au cours des quinze années qui ont suivi l'introduction de la LAA. Au tournant du siècle, ce recul s'est toutefois quelque peu ralenti. Les accidents mortels de la circulation ont notamment connu un très net déclin (Statistique des accidents LAA 2020, p. 16).

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 2019, il n'était plus que de 819 (Statistique de l'AI 2019 ; <https://www.bsv.admin.ch/bsv/fr/home/assurances-sociales/iv/statistik.html> – tableau : « Nouveaux bénéficiaires de rentes AI en Suisse selon le canton, le sexe et la cause d'invalidité »). Depuis 2012, il oscille entre 762 et 900. Selon la Statistique de l'AI 2019, trois quarts des rentes d'invalidité versées en Suisse sont des rentes entières, qui sont octroyées lorsque le taux d'invalidité est d'au moins 70 %. Aucune tendance à l'octroi de rentes minimales comme dans l'assurance-accidents n'est observable dans l'AI, d'autant plus que cette dernière n'accorde une rente partielle qu'à partir d'un taux d'invalidité de 40 %. Les invalidités inférieures à 40 % ne remplissent pas les conditions d'attribution d'une rente. 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 2014. À l'heure actuelle, il atteint globalement le même niveau qu'à la fin des années 1980 et au début des années 1990.

Relations internationales

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

	2020	Variation 2019/2020
Montant total des rentes AVS/AI¹	5'354	1,2%
Rentes AVS ²	4'952	1,9%
Rentes AI ³	356	-5,2%
Indemnités forfaitaires uniques	50	-9,4%
Transferts de cotisations	6	-52,2%

1 Source : Annuaire statistique 2020, 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 presque 5,4 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, quelques conventions permettent de verser les cotisations AVS (d'employeur et de salarié) des ressortissants étrangers à l'assurance de leur pays d'origine, afin que ces périodes soient prises en compte par celle-ci.

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

UE-28/AELE et autres États contractants ¹	2020	Variation 2019/2018
Nombre de rentes AVS²	811'905	0,9%
dont ressortissants de l'UE-28 ou de l'AELE	778'173	0,8%
dont de nationalité italienne (la majeure partie)	297'532	-0,4%
Nombre d'ayants droit à des prestations de l'AI³	31'154	-3,2%
dont ressortissants de l'UE-28 ou de l'AELE	27'947	-2,7%
dont de nationalité portugaise (la majeure partie)	7'104	-2,8%

1 Source : Annuaire statistique 2020, p. 39, CdC

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

3 Rentes principales AI

Près de 812 000 ressortissants d'États contractants ont touché des prestations de l'AVS à l'étranger ; environ 31 000 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 portu-

gais, à toucher des prestations de l'AI. Le Royaume-Uni a quitté l'Union européenne le 31 janvier 2020. En ce qui concerne les assurances sociales, les réglementations en vigueur s'appliquaient toutefois jusqu'au 31 décembre 2020. C'est pourquoi il est encore considéré comme un État membre de l'UE pour 2020.

Evolution et mesures touchant l'ensemble du système

Autres prestations en lien avec l'étranger¹

	2020	Variation 2019/2020
Prestations AVS/AI versées à des ressortissants suisses à l'étranger		
Montant total, en millions de francs	2'064	2,8%
AVS/AI : Personnes à l'étranger assurées facultativement		
Nombre d'assurés	11'753	-8,9%
Remboursement de cotisations à des ressortissants d'Etats non contractants		
Nombre de cas	1'983	9,7%
Montant total, en millions de francs	41	-11,5%

¹ Source : Annuaire statistique 2020, 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 conclu avec la CE (ALCP) et de la Convention AELE, la Suisse participe à l'entraide en matière de prestations dans l'assurance-maladie avec les Etats membres de l'UE-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 2020, ces coûts ont atteint 169 millions de francs (-11,6 % ; les chiffres entre parenthèses indiquent toujours la variation par rapport à l'année précédente), pour un total de 203 111 cas (-6,5 %). 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 323 484 cas (+1 %), pour un montant total de 156 millions de francs (-6,2 %).

Conventions bilatérales

Brexit : Le Royaume-Uni a quitté l'UE le 31 janvier 2020. L'accord de sortie prévoyait une phase transitoire jusqu'à la fin 2020. Durant cette phase, les relations avec le Royaume-Uni sont restées 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.

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 conclu un accord concernant les droits de leurs citoyens, entré en vigueur au 1^{er} janvier 2021 et qui protège aussi entre autres les droits acquis dans le domaine de la sécurité sociale pour les personnes soumises à l'ALCP avant le Brexit.

Une convention relative à la coordination future des assurances sociales entre la Suisse et le Royaume-Uni fait actuellement l'objet de négociations. La convention de sécurité sociale de 1968, suspendue à la suite de l'entrée en vigueur de l'ALCP, a transitoirement retrouvé application au 1^{er} janvier 2021. Certes, cette ancienne convention n'est 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.

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 sera soumis au Parlement au second semestre 2021.

Bosnie et Herzégovine : La convention a été signée en octobre 2018 et approuvée par le Parlement lors de la session de printemps 2021. Le délai référendaire court jusqu'au 8 juillet 2021.

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 2021.

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 2020, 29 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. Par ailleurs, le nouveau plan directeur de recherche « Sécurité sociale » pour la période de 2021 à 2024 a été publié.

Projets de recherche et d'évaluation de l'OFAS ayant fait l'objet d'une publication en 2020 (sélection) : deux exemples

L'étude « **Gewalt im Alter verhindern** » a été réalisée en réponse au postulat 15.3945 d'Ida Glanzmann-Hunkeler, demandant au Conseil fédéral de rédiger un rapport pour illustrer l'étendue de la violence chez les personnes âgées et, sur cette base, de prendre des mesures appropriées.

Pour l'établissement de ce rapport (Krüger, et al. 2020), l'équipe de recherche a procédé à une analyse systématique et en plusieurs langues de la littérature existante et à une recherche Internet, mené des entretiens téléphoniques avec des représentants des principaux acteurs du domaine, ainsi que réalisé une enquête en ligne semi-standardisée dans le cadre de laquelle ont été interrogés des collaborateurs de centres d'aide aux victimes et de services cantonaux de coordination et d'intervention en cas de violence domestique. L'équipe a en outre analysé les statistiques officielles, des études sur la criminalité cachée et des statistiques éma-

nant d'institutions du domaine de la santé. Enfin, elle a convié des représentants d'établissements médico-sociaux (y compris des hôpitaux) et de services de soins à domicile de toute la Suisse à participer à une enquête en ligne.

Selon les chercheurs, l'OMS définit la maltraitance des personnes âgées comme « un acte unique ou répété, ou l'absence d'agissement approprié, survenant dans une relation au sein de laquelle un sentiment de confiance est attendu, ce qui est source de préjudice ou de détresse pour la personne âgée ». D'après les estimations du rapport, quelque 300 000 à 500 000 personnes de plus de 60 ans sont victimes d'une forme de maltraitance, qu'il s'agisse d'abus physiques, psychiques, sexuels ou financiers ou de négligence. La plupart des cas ne sont cependant pas déclarés, par honte, par crainte de voir la situation se détériorer ou en raison de possibilités de communication restreintes. Les personnes âgées qui ont perdu leur autonomie, sont isolées, sont atteintes de démence ou vivent dans un rapport de dépendance émotionnelle ou financière sont les plus exposées à des abus. La violence ou la négligence peut aussi s'expliquer par le surmenage des proches, des professionnels et des auxiliaires chargés des soins et de l'accompagnement. Contrer la maltraitance des aînés demande un ensemble de mesures de prévention, de dépistage et d'intervention qui s'adressent aussi bien aux victimes qu'à leurs proches, aux milieux professionnels et au grand public. Le rapport offre un aperçu des dispositions déjà prises à tous les niveaux, notamment dans le droit, la santé et la formation. La compétence principale revient aux cantons, mais les organisations d'aide et de conseil aux personnes âgées et aux victimes, les institutions de formation du personnel soignant et les établissements médico-sociaux jouent également un rôle essentiel. Actuellement, de nombreux instruments existent :

campagnes de sensibilisation, ligne d'urgence joignable dans toute la Suisse ou offres de formation. Les mesures sont toutefois souvent disparates et ne répondent qu'imparfaitement aux besoins spécifiques de la population âgée. Les bonnes pratiques gagneraient en outre à être diffusées au-delà des frontières cantonales et linguistiques.

C'est pourquoi le Conseil fédéral a chargé le Département fédéral de l'intérieur d'évaluer avec les cantons et les acteurs concernés d'ici à septembre 2021 si un programme d'encouragement de la prévention est nécessaire.

L'étude « **Modelle der Partizipation armutsbetroffener und -gefährdeter Personen in der Armutsbekämpfung und -prävention** » montre comment, à titre d'experts en la matière, les personnes touchées ou menacées par la pauvreté peuvent être impliquées dans les processus de décision, de planification, de mise en œuvre et d'évaluation de mesures de prévention et de lutte contre la pauvreté. À cet égard, les auteurs de l'étude (Chiapparini, et al. 2020) ont développé un système de catégorisation pour l'analyse d'exemples de projets. Sur cette base, ils ont recherché des rapports d'évaluation et des témoignages écrits, ainsi que des sites Internet consacrés à des projets participatifs, à des programmes ou à des mesures de prévention et de lutte contre la pauvreté. Lors de l'étape suivante, ils ont mené des entretiens individuels, par téléphone ou sur place à l'occasion des séances du groupe d'accompagnement, avec des personnes concernées et des représentants d'organisations non gouvernementales (ONG), d'associations et d'institutions. L'étude couvre les échelons communal, régional et national ainsi que les différentes régions linguistiques du pays. Les chercheurs se sont intéressés également aux approches suivies à l'étranger.

Ils ont identifié et décrit plusieurs modèles de participation, qui vont du développement de structures et processus des prestataires publics et privés à

l'entraide communautaire. L'équipe de recherche a mis en exergue les principales exigences, les défis et les facteurs de succès de tels projets. Les résultats de l'étude sont destinés aux spécialistes et aux responsables politiques dans les cantons, les villes, les communes et les ONG, ainsi qu'aux personnes concernées qui assument un rôle de multiplicateur. Ils constituent un outil pour la planification, la mise en œuvre et l'évaluation de projets de participation selon le contexte. Par ailleurs, un guide pratique, élaboré en collaboration avec les personnes concernées lors d'une seconde étape, est mis à leur disposition. Les résultats montrent que la participation des personnes menacées ou touchées par la pauvreté est certes exigeante, mais qu'elle est réalisable. On peut en observer les effets potentiels aux niveaux individuel, institutionnel, politique et social. Ainsi, la participation peut contribuer tant à la responsabilisation des personnes concernées qu'au développement de mesures politiques et spécifiques mieux adaptées aux besoins et donc plus efficaces. L'étude recommande que le principe de la participation soit appliqué, avec toute l'attention nécessaire, aux trois échelons de l'État fédéral : la Confédération, les cantons et les communes. Elle se distingue notamment en cela que, durant son élaboration, l'approche relative à la participation des personnes concernées a été directement mise en œuvre sous la forme d'une co-construction avec des membres du groupe d'accompagnement touchés par la pauvreté.

Sources :

Chiapparini, Emanuela ; Schuwey, Claudia ; Beyeler, Michelle ; Reynaud, Caroline ; Guerry, Sophie ; Blanchet, Nathalie ; Lucas, Barbara (2020). *Modelle der Partizipation armutsbetroffener und -gefährdeter Personen in der Armutsbekämpfung und -prävention*. Aspects de la sécurité sociale. Rapport de recherche n° 7/20. Berne : Office fédéral des assurances sociales (OFAS)

Krüger, Paula ; Bannwart, Cécile ; Bloch, Lea ; Portmann, Rahel (2020). *Gewalt im Alter verhindern*. Aspects de la sécurité sociale. Rapport de recherche n° 2/20. Berne : Office fédéral des assurances sociales (OFAS)

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 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 2020. Les discussions ont notamment porté sur les prestations transitoires pour chômeurs âgés, les conventions de sécurité sociale avec l'Albanie, la Bosnie et Herzégovine, le Pérou et la Tunisie ainsi que les conséquences du Covid-19 sur les fonds de compensation AVS, AI et APG (compenswiss). Les sous-commissions apportent leur soutien à la commission en s'occupant de questions qui nécessitent un savoir spécialisé. La sous-commission AI s'est réunie à deux reprises en 2020. Il y a été question des résultats du programme de recherche sur l'AI, des projets pilotes au sens de l'art. 68quater 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 a tenu une séance en 2020, concernant en particulier les bases mathématiques et économiques applicables aux budgets de l'AVS, de l'AI et des APG ainsi que les défis et répercussions budgétaires spécifiques de la crise du coronavirus.

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. Elle se compose de 16 membres nommés par ce dernier. La Commission LPP a siégé à trois reprises en 2020. Lors de sa séance du 25 août 2020, elle a recommandé un taux d'intérêt minimal LPP de 0,75 % au Conseil fédéral. Ce dernier a ultérieurement décidé de le maintenir à 1 %. La commission s'est penchée sur la réforme de la LPP à l'occasion de sa séance du 12 octobre 2020.

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

La CFEJ 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. En 2020, outre la publication du document « 3 minutes pour les jeunes », la CFEJ a élaboré une position sur le droit de vote à 16 ans et un document-cadre relatif à la création d'un bureau national de médiation pour les droits de l'enfant en Suisse. Elle a choisi de s'intéresser à la participation politique ainsi qu'à la perspective de genre dans la politique de l'enfance et de la jeunesse comme des thèmes forts de la législation actuelle. La commission continuera également de se pencher sur les conséquences de la pandémie de coronavirus pour les enfants et les jeunes. Ses rapports, ses prises de position, la documentation relative à ses séances et les informations sur ses membres sont disponibles sur le site www.cfej.admin.ch.

Commission fédérale 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 favorise les échanges de vues 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. Outre les effets sur la famille des restrictions liées à la lutte contre le Covid-19, la commission s'est penchée prioritairement sur le thème de la conciliation entre vie professionnelle et familiale en 2020. Dans une Policy Brief consacrée au congé parental, elle a analysé les évolutions récentes dans des pays disposant déjà de modèles de congé parental et la pertinence de ces évolutions pour le système suisse. En mars 2020, la COFF a par ailleurs mandaté une étude sur le financement de l'accueil institutionnel des enfants et des tarifs parentaux. Enfin, elle a initié une collaboration avec l'Institut Marie Meierhofer pour l'enfant, l'Université de Zurich et les cantons de Vaud et Zurich dans le cadre d'un projet de recherche visant à étudier l'impact du nouveau droit de garde partagée sur les familles des quelque 90 000 enfants qui grandissent dans différents ménages.

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'exé-

Evolution et mesures touchant l'ensemble du système

cution de MMT. La Commission comprend sept représentants des employeurs, sept des travailleurs ainsi que deux de la Confédération, quatre des cantons et un des milieux scientifiques. Le Conseil fédéral nomme les membres et désigne le président. La commission a tenu six séances plénières en 2020.

Commission fédérale des médicaments (CFM)

La CFM a tenu six séances en 2020. 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 2020. 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 a siégé au complet à une reprise en 2020. La sous-commission des moyens et appareils et la sous-commission des analyses ont tenu chacune deux séances.

Observations

Les nouvelles règles concernant la surveillance des assurés inscrites dans la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) sont entrées en vigueur le 1^{er} octobre 2019, après que le Tribunal fédéral, dans son arrêt du 8 août 2019, a rejeté les recours contre la votation populaire. Depuis lors, les assureurs sociaux peuvent à nouveau procéder à des observations lorsque les conditions légales sont remplies dans un cas concret.

L'inscription dans la LPGA des nouveaux articles sur l'observation signifie que les règles correspondantes s'appliquent à l'assurance-invalidité, à l'assurance-accidents, à l'assurance-chômage (AC), à l'assurance-maladie (hors assurance complémentaire), à l'assurance militaire, aux prestations complémentaires, aux allocations pour perte de gain en cas de service et de maternité, aux allocations familiales et à l'AVS. Les dispositions de la LPGA

ne concernent en revanche pas la prévoyance professionnelle, l'aide sociale ainsi que les assurances soumises à la loi sur le contrat d'assurance (par ex. assurance-maladie complémentaire).

Directives des autorités de surveillance à l'attention des organes d'exécution

Le 15 novembre 2019, l'OFAS a émis, à l'attention des assurances sociales placées sous sa surveillance, les Directives sur les observations effectuées pour les assurances sociales (DOAS). Ces directives règlent en détail les modalités de relevé statistique et d'établissement de rapports sur les observations au sens de la LPGA (cf. ch. 6001 et annexe 1). Avec la circulaire n° 35 de décembre 2019, l'OFSP a déclaré les DOAS comme étant aussi applicables dans le domaine de l'assurance-accidents, à l'exception de quelques particularités. Comme aucune observation n'a à ce jour été demandée dans l'assurance-

chômage, le SECO a décidé de lancer une phase pilote d'un an en vue d'analyser les besoins dans l'AC et de prendre des mesures si nécessaires. Durant cette phase pilote, les organes d'exécution étaient tenus de consulter le SECO avant d'ordonner toute observation et ne pouvaient la mettre en œuvre que si le SECO l'estimait justifiée. En 2020, le SECO n'a reçu aucune demande d'autorisation d'une observation. En l'absence d'observations menées par les autorités d'application de l'assurance-chômage, le SECO n'a pas été en mesure d'examiner la mise en œuvre des nouvelles dispositions, d'analyser les besoins dans ce domaine et de prendre les mesures adéquates. Cette phase pilote est donc prolongée d'au minimum une année.

Nombre d'observations

L'enquête montre que, jusqu'à présent, des observations ont été effectuées dans très peu de dossiers pour lesquels il y avait un soupçon d'abus et qui ont fait l'objet d'enquêtes approfondies. Dans l'AI et l'AA, ce sont au total 46 observations qui ont été ordonnées sur la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 2020. Cela s'explique sans doute par le fait que les assureurs devaient encore s'adapter aux nouvelles dispositions au cours de cette première année où les observations étaient redevenues possibles dans les assurances sociales et, pour certains, réaffecter des ressources mobilisées dans l'intervalle pour d'autres activités. Par ailleurs, on ne peut exclure un lien avec la pandémie de coronavirus et ses conséquences, à savoir les fermetures de commerces et de restaurants ainsi que la réduction de la circulation des personnes.

Collecte d'autres données

Les articles sur l'observation ne revêtent toutefois pas la même importance pour toutes les assurances sociales. Dans le passé, l'AI et l'AA essentiellement ont recouru à des observations et il semble que ce seront surtout ces deux assurances

qui en effectueront à l'avenir également. Outre des données relatives aux observations, ces dernières collectent également des informations dans le domaine de la lutte contre les abus dans les assurances (LFA). Les assureurs ont parfois des formes d'organisation très différentes concernant la LFA. Un cas d'assurance est en particulier considéré comme à traiter dans le cadre du processus LFA, soit si les spécialistes chargés du droit aux prestations relèvent des signes de possible fraude à l'assurance et soumettent le dossier au processus LFA, soit en présence de communications de soupçons par la population.

Lors de l'indication du montant des prestations effectivement suspendues en raison d'un soupçon de perception indue qui s'est confirmé, se pose le problème que l'on ne peut qu'estimer l'ampleur des économies qui auraient pu en résulter à long terme puisque des prestations sont aussi supprimées dans le cadre de révisions ordinaires ou en cas de décès. Afin d'avoir quand même une idée de l'ordre de grandeur des prestations suspendues sur une certaine période, les montants mensuels des prestations suspendues en 2020 ont été extrapolés sur une année. Mais les prestations individuelles ont bien entendu été suspendues à différents moments de l'année, ce qui permet d'obtenir seulement une indication approximative des montants annuels de prestations que les assureurs pourraient à l'avenir épargner sur la base des mesures prises en 2020.

Evolution et mesures touchant l'ensemble du système

Relevé statistique dans le cadre de la lutte contre la fraude à l'assurance et des observations effectuées pour l'année 2020

		AI	AA	PC	Total
Observations ordonnées par l'assureur lui-même à des spécialistes externes de l'observation et/ou à ses propres collaborateurs chargés d'en effectuer durant l'exercice 2020	Nombre	43	3	0	46
Plaintes pénales déposées par l'assureur durant l'exercice 2020 à l'issue d'une observation	Nombre	15	0	0	15
Recours à des instruments techniques de localisation (art. 43b LPGA) durant l'exercice 2020	Nombre de demandes d'autorisation	1	1	0	2
	Dont autorisés	0	0	0	0
Dossiers remis dans le cadre du processus LFA durant l'exercice 2020	Nombre	1'884	3'042		4'926
Dossiers qui, après un premier tri, ont été traités et clos dans le cadre du processus LFA durant l'exercice 2020 ¹	Total (y c. dossiers avec des observations)	1'310	2'462		3'772
	Dont avec des observations	49	20	7	76
Soupçon de perception indue de prestations confirmé ; nombre de décisions rendues* ²	Total (y c. dossiers avec des observations)	116	213		329
	Dont avec des observations	18	7	6	31
Soupçon de perception indue de prestations confirmé ; somme des prestations effectivement suspendues en CHF ³	Total (y c. dossiers avec des observations)	2'303'112	15'476'844		17'779'956
	Dont avec des observations	515'004	273'528	63'624	852'156
Premières demandes de prestations refusées, pour lesquelles avant l'introduction du processus LFA/l'observation, aucune prestation n'a encore été versée et pour lesquelles le soupçon de perception indue a été confirmé (nombre de décisions rendues ²)	Total (y c. dossiers avec des observations)	104	316	0	420
	Dont avec des observations	18	0		18
Coûts en personnel pour la LFA (y c. les coûts externes) assumés par l'assureur durant l'exercice 2020 ⁴)	en CHF	4'797'811	3'069'452		7'867'263
Coûts externes ⁵ durant l'exercice 2020 pour des mandats d'observation donnés par l'assureur lui-même et/ou coûts internes pour des observations effectuées par ses propres collaborateurs	en CHF	467'784	46'290		514'074

Les données ont été collectées conformément au ch. 6001 et à l'annexe 1 des Directives sur les observations effectuées pour les assurances sociales (DOAS). Ces données ont été collectées uniquement pour l'AI et l'AA.

- 1 Concerne les dossiers remis dans le cadre du processus LFA au cours des années précédentes, pour lesquels un examen approfondi a été nécessaire et qui ont été clos durant l'exercice en cours. Sont exclus les dossiers pour lesquels un examen préalable a confirmé que des enquêtes LFA ne sont pas requises.
- 2 Il peut s'écouler plusieurs années entre une décision judiciaire et la suspension d'une rente. C'est pourquoi des cas pour lesquels une observation avait déjà été effectuée avant que la décision de la CEDH ou du Tribunal fédéral soit rendue ont été clôturés l'année passée. Il n'est pas nécessaire que les décisions soient entrées en force.
- 3 Il s'agit pour cette indication d'une extrapolation sur une année opérée par l'OFAS sur la base de la somme des montants mensuels uniques des prestations effectivement suspendues mentionnée par les assureurs. Les montants pris en compte dans l'extrapolation ne concernent pas des décisions exécutoires dans tous les cas.
- 4 Sont indiqués dans cette ligne les coûts en personnel tant internes qu'externes liés à la LFA, y c. les coûts de personnel internes et externes pour l'observation. S'agissant des coûts en personnel interne, seuls les coûts salariaux sont pris en compte et non les coûts complets.
- 5 Pour les mandats confiés en externe, la date de facturation est déterminante. Ces coûts figurent dans la ligne 14.

Pas de relevé statistique dans les domaines de la LAMal, des APG, de l'allocation de maternité et des AFam

L'observation n'est guère indiquée dans les assurances mentionnées ci-dessous. C'est pourquoi il a été renoncé à un relevé statistique. Les caisses-maladie gèrent l'assurance obligatoire des soins (AOS), qui prend principalement en charge les coûts des prestations médicales, et, plus rarement, l'assurance (facultative) d'indemnités journalières en cas de maladie. Dans la très grande majorité des cas, les assurances d'indemnités journalières en cas de maladie ne sont toutefois pas conclues au sens de la LAMal, mais de la LCA, de sorte qu'elles n'entrent pas dans le champ d'application de la LPGA. Les caisses-maladie ne versent en principe pas de prestations de longue durée. De même, les allocations pour perte de gain et l'allocation de maternité selon la LAPG ne constituent pas non plus des prestations de longue durée. En l'absence de versement de prestations de longue durée, une observation n'est pas opportune en vertu du principe de proportionnalité. Dans le domaine des allocations familiales enfin, une observation ne permet pas de garantir le respect des dispositions légales.

Obligation d'obtention d'une autorisation

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. Au 22 avril 2021, l'OFAS avait reçu 94 demandes d'autorisation en tant que spécialiste de l'observation, sur lesquelles il en a accordé 41 pour une durée de cinq ans et 22 pour une durée de deux ans¹. Les autres demandes avaient en grande partie été mises en suspens ou retirées.

¹ Les autorisations d'une durée de deux ans sont des autorisations provisoires au sens de l'art. 18a OPGA, qui pouvaient être accordées jusqu'au 31 mars 2020 au plus tard.

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.

En cas de responsabilité solidaire de plusieurs responsables, un débiteur non privilégié peut aussi se prévaloir du privilège de recours de l'employeur

ATF 146 III 362

Le 24 décembre 2009, un grave accident du travail s'est produit au premier sous-sol d'un immeuble de la ville de Bâle, dans lequel la SA B. exploitait un entrepôt en qualité de locataire. Deux employés de la SA B., le directeur de l'entrepôt D. et le travailleur temporaire E., ont retiré du sol une des six grilles métalliques se trouvant directement devant un monte-charge afin de le nettoyer. Sous les grilles métalliques, se trouvaient des panneaux de polystyrène non-porteurs destinés à éviter des courants d'air provenant du second sous-sol. Un troisième employé, le magasinier et chauffeur F. âgé de 32 ans, souhaitant passer à l'endroit où se trouvait la grille métallique manquante – une ouverture dans le sol d'une surface de 82 sur 106 centimètres –, a marché sur les panneaux de polystyrène qui ont cédé sous son poids et a fait une chute de 4 mètres. Il a été grièvement blessé. L'AI lui a par la suite versé les prestations légales sur la base d'un taux d'invalidité de 100 %. Suite à l'échec d'une tentative de conciliation, l'AI et l'AVS ont introduit

en première instance une action récursoire contre le propriétaire de l'immeuble, portant sur un montant d'environ 840 000 francs. Le tribunal a rejeté la plainte au motif du privilège de recours de l'employeur visé à l'art. 75, al. 2, LPGA, s'appuyant à ce sujet sur le consid. 6 de l'ATF143 III 79, selon lequel un débiteur non privilégié peut aussi se prévaloir du privilège de recours dans la mesure où la dette aurait dû être assumée à l'interne par l'employeur en l'absence de ce privilège. Estimant le privilège comme rempli, il a conclu que l'employeur aurait dû assumer à l'interne l'intégralité du préjudice en vertu de l'art. 51, al. 2, CO. L'AI et l'AVS ont fait appel de cette décision, qui a été confirmée en deuxième instance sur la base de motifs similaires. L'AI et l'AVS portent l'affaire devant le Tribunal fédéral qui, après consultation des différentes réactions dans la littérature concernant l'ATF 143 III 79, constate ce qui suit : la décision contestée ne signifie pas que le privilège de l'employeur serait étendu, sans fondement juridique, aux autres responsables qui en tireraient un profit injustifié. Ces derniers sont au contraire placés dans la même situation économique qu'en l'absence de subrogation ou de privilège ; cela correspond au principe selon lequel la situation juridique du responsable ne doit pas être affectée par la subrogation et qu'il ne doit être placé ni dans une meilleure ni dans une moins bonne position du fait des prestations allouées au lésé par les assureurs sociaux (ATF 134 III 489, consid. 4.4.). Ce principe exclut une construction dogmatique ; sur le plan de l'importance pratique, il trouve sa justification dans le fait que l'objection que les assureurs sociaux auraient versés des prestations trop élevées ne peut en principe être invoquée contre le lésé (notamment arrêt 4A 275/2013 du 30 octobre 2013, consid. 9.2). L'hypothèse selon laquelle le législateur aurait, en s'abstenant de se prononcer sur ce point, voulu déroger à ce principe

et aurait laissé un silence qualifié dans la loi. L'ATF 143 III 79 ne va pas non plus à l'encontre du principe de la subrogation intégrale puisque les débats portaient uniquement sur sa portée et les conséquences de la limitation du droit de recours prévue par la loi. Il est vrai que les privilèges de recours ne font pas naître de créance de l'assureur social envers les responsables privilégiés, de sorte qu'il n'y a pas de raison de penser que l'ATF 143 III 79 viole les principes de la solidarité. Le privilège de l'employeur a été institué parce que le lésé, dans la position duquel l'assureur social est subrogé, est un employé du responsable. Dès lors, ce privilège résulte d'une caractéristique propre au lésé. C'est pourquoi on peut – en tout état de cause par analogie – fonder la réduction de responsabilité du responsable non privilégié sur l'art. 44, al. 1, CO. Enfin, il convient de souligner que le législateur n'a pas jugé nécessaire d'intervenir dans la modification de la LPGA engagée en 2018, ce malgré l'ATF 143 III 79. Il y a donc d'autant moins de raison de remettre en cause la jurisprudence fondée sur l'ATF 143 III 79 (consid. 3.). Il ressort de l'interprétation historique de la législation que le privilège de l'employeur se justifie par le fait que celui-ci paie les primes d'assurance-accidents. En conséquence, avec l'ATF 112 II 167 et notamment la création de la LPGA, cette limitation du recours doit manifestement s'appliquer aussi à l'AVS/AI, quelles que soient les modalités de fixation des primes (consid. 4.). La question de la responsabilité du propriétaire d'ouvrage peut rester ouverte, car même si sa responsabilité est engagée dans les rapports externes, c'est l'employeur qui doit supporter l'entier de la responsabilité dans les rapports internes selon l'art. 51, al. 2, CO en l'absence de privilège de recours (consid. 5.). Aucun risque particulier n'aurait résulté de la construction si les tiers responsables s'étaient comportés conformément au contrat et avaient pris les mesures de protection requises, des devoirs qui incombent en premier lieu à l'employeur (consid. 7). Le recours est rejeté.

Assurance-maladie

Assurance-invalidité, assurance-maladie, art. 70 LPGA – Prise en charge provisoire des prestations

Obligation d'avancer les prestations de l'AI pour des moyens auxiliaires proportionnellement à l'AA

ATF 146 V 129

Le Tribunal fédéral a ici réuni deux procédures. Les deux recours concernent certes des assurances sociales ou assureurs différents, mais les procédures portent sur les mêmes faits et le même moyen auxiliaire ; elles soulèvent des questions quant à la coordination intersystémique des prestations (cf. à cet égard art. 63, al. 1, LPGA ; arrêt 8C_751/2018).

La recourante, une femme de 54 ans, a perdu l'usage de ses jambes à la suite d'un accident et de ses complications, de sorte que l'**assurance-accidents** est intervenue pour lui octroyer un fauteuil roulant. Elle a ensuite souffert d'importantes douleurs à l'épaule, qui l'ont rendue tributaire d'un dispositif de traction pour l'utilisation du fauteuil roulant. En principe, l'assurance-accidents était tenue de financer le dispositif de traction, mais a remis en question le lien de causalité avec l'accident et refusé de verser la prestation lors d'un nouvel examen de la causalité. L'AI et l'AMal ont également renvoyé à l'obligation de verser/d'avancer les prestations d'une autre assurance sociale. La recourante a été contrainte de payer elle-même le moyen auxiliaire contesté.

Le tribunal considère dans un premier temps qu'une obligation définitive de l'**assurance-maladie** est exclue, parce que la LAMal et ses dispositions d'exécution ne prévoient pas de prise en charge du moyen auxiliaire. Puis il examine si l'AMal pourrait avoir une obligation d'avancer les prestations, mais conclut à son absence.

Evolution et mesures touchant l'ensemble du système

Le tribunal vérifie ensuite l'existence d'une obligation de verser/d'avancer les prestations de l'**assurance-invalidité**. La prise en charge du moyen auxiliaire est envisageable tant par l'AA que par l'AI. Dans le cas d'espèce, les conditions du droit aux prestations selon la LAI n'ont été abordées, ne serait-ce que partiellement, ni par l'office AI ni par l'instance précédente. S'agissant de l'AA, une décision sujette à recours fait défaut. L'instance précédente a prématurément nié l'obligation définitive de verser les prestations de l'office AI.

Il existait manifestement un doute au sens de l'art. 70, al. 1, LPGA quant à l'obligation de verser les prestations de l'AI et de l'AA. Le tribunal a alors vérifié si une obligation d'avancer les prestations de l'AI pour le dispositif de traction du fauteuil roulant contesté devait être écartée d'emblée.

L'interprétation de la loi a montré que les obligations d'avancer les prestations relevant du droit des assurances sociales ne se limitent pas uniquement aux cas de figure réglés par l'art. 70, al. 2, LPGA. Il convient davantage d'assumer que le législateur n'a pas envisagé la situation donnée puisqu'il n'a pas réglé, dans la liste visée à l'art. 70, al. 2, LPGA, l'obligation d'avancer les prestations pour les moyens auxiliaires dont la prise en charge par l'AI ou l'AA est contestée. Il existe par conséquent une lacune qui doit être comblée par la jurisprudence. Au sens d'une règle générale et abstraite et conformément au parallélisme entre la PP en vertu de la LPP et l'AI, cette dernière est tenue d'avancer les prestations pour les moyens auxiliaires proportionnellement à l'AA. Il est dès lors évident qu'une obligation d'avancer les prestations de l'AI pour le dispositif de traction du fauteuil roulant contestée ne devait pas être écartée d'emblée. La cause a été renvoyée à l'instance précédente pour nouvelle décision.

Assurance obligatoire des soins : les dispositions de la LPGA s'appliquent également dans les domaines de l'assujettissement à l'assurance ainsi que de la procédure d'affiliation et de demande d'exception à l'obligation de s'assurer (art. 6 et 6a, al. 3, LAMal ; art. 10, al. 2, OAMal)

Arrêts du TF 9C_754/2019 et 9C_756/2019 du 23 avril 2020

Le Tribunal fédéral retient que les litiges portant sur la question de savoir si une personne ayant adhéré à l'assurance obligatoire des soins est soumise à l'obligation de s'assurer doivent être examinés dans le cadre de la procédure cantonale d'affiliation ou de demande d'exception. L'art. 6 LAMal prescrit que les cantons veillent au respect de l'obligation de s'assurer (al. 1). L'autorité désignée par le canton affilié d'office toute personne tenue de s'assurer qui n'a pas donné suite à cette obligation en temps utile (al. 2 ; art. 6a, al. 3, LAMal). Selon l'art. 10, al. 2 OAMal, l'autorité cantonale compétente statue sur les requêtes prévues aux art. 2, al. 2 à 5, et 6, al. 3, OAMal.

Il convient ici de noter que l'obligation de s'assurer prévue par la LAMal s'applique à l'échelle nationale (art. 3, al. 1, LAMal). Il n'existe donc pas de marge de manœuvre propre des cantons, qui ont seulement une compétence d'exécution et de contrôle, en cela qu'ils doivent veiller au respect de l'obligation légale de s'assurer et statuer sur les demandes d'exception à cette obligation. Les dispositions juridiques matérielles cantonales liées à la surveillance de l'obligation d'assurance et de l'affiliation relèvent quant à elles de la législation d'exécution cantonale dépendante du droit fédéral (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 130/03 du 2.11.2005, consid. 2.3.3.2).

S'agissant de savoir si la LPGA s'applique à la procédure d'affiliation et de demande d'exception à l'obli-

gation de s'assurer, il y a d'abord lieu de constater que cette procédure n'est pas évoquée dans les exceptions prévues à l'art. 1, al. 2, LAMal, ce qui en principe parle en faveur de l'application de la procédure LPGa (cf. arrêt 9C_923/2015, consid. 4.3.1). Le législateur a déclaré la LPGa applicable là où il s'agit de régler le rapport entre assuré et assureur. En vertu de l'art. 1, al. 2, LAMal, les domaines pour lesquels la procédure LPGa n'est pas appropriée doivent être exclus du champ d'application de la LPGa (ATF 139 V 82, consid. 3.2.3, p. 85). Les cas dans lesquels les assureurs-maladie n'agissent pas dans l'exercice de la puissance publique ne relèvent en conséquence pas de la LPGa. Le cas d'espèce ne concerne certes pas un litige entre un assureur et une personne assurée car une autorité (ville et respectivement département) est opposée à la recourante. Néanmoins, l'autorité agit, par sa décision, dans l'exercice de la puissance publique, si bien que la procédure LPGa est en principe applicable au vu des considérations précédentes. Par ailleurs, il s'agit ici concrètement de régler la question d'un assujettissement à l'assurance. Dès lors, les dispositions de la LPGa sont déterminantes.

Enfin, il faut relever que la LPGa n'exerce pas d'effets, notamment dans le cas de l'application du droit cantonal autonome, par ex. en matière d'octroi de réductions de primes (cf. art. 1, al. 2, let. c, LAMal). Les dispositions juridiques matérielles cantonales liées à la surveillance de l'obligation d'assurance et de l'affiliation ne relèvent pas du droit cantonal autonome, mais de la législation d'exécution cantonale dépendante du droit fédéral, ce qui laisse également conclure à l'application de la procédure LPGa. Les prescriptions de l'art. 6 LAMal, déterminantes en premier lieu pour l'interprétation de la loi (ATF 144 V 327, consid. 3, p. 331) et selon lesquelles les cantons veillent au respect de l'obligation de s'assurer et désignent l'autorité compétente à cet égard, ne changent rien à cela. L'appli-

cabilité du droit cantonal ne saurait être déduite de cette formulation.

La demande du 11 janvier 2019 de la recourante doit être réputée déposée dans les délais, ceux-ci étant calculés sur la base de la LPGa et non du droit cantonal. Le recours est fondé.

Assurance obligatoire des soins : une exception au principe de territorialité au sens de l'art. 34, al. 2, LAMal en relation avec l'art. 36 OAMal présuppose l'existence d'un cas d'urgence (art. 36, al. 2, OAMal) ou l'impossibilité d'effectuer en Suisse le traitement médical figurant dans le catalogue des prestations générales de l'art. 25, al. 2, LAMal (art. 36, al. 1, OAMal)

Arrêt du TF 9C_584/2019 du 26 février 2020

Il y a urgence lorsque l'assuré, qui séjourne temporairement à l'étranger, a besoin d'une aide médicale immédiate et qu'un retour en Suisse n'est pas possible ou approprié, mais pas lorsque l'assuré se rend à l'étranger dans le but de suivre ce traitement (art. 36, al. 2, OAMal ; ATF 126 V 484, consid. 4, p. 486). Il ressort des faits qu'il s'agit d'un traitement contre le cancer sciemment accepté et dispensé aux États-Unis. La santé de l'assurée lui permettrait de faire le voyage de retour. Le retour en Suisse de l'assurée aux fins du traitement ne semblait pas non plus déraisonnable, que ce soit pour des raisons financières (coût du voyage de retour, éventuels frais d'annulation, etc.) ou pour d'autres motifs (situation personnelle et/ou familiale). Les coûts correspondants ne doivent par conséquent pas être pris en charge par la caisse-maladie.

Le Tribunal fédéral constate en outre que, dans le contexte de cette jurisprudence bien établie du Tribunal fédéral concernant la notion de cas d'urgence, aucune approche divergente ne s'impose même à la lumière du droit à la liberté personnelle. Il renvoie dans ce cadre également à la réglemen-

Evolution et mesures touchant l'ensemble du système

tation légale spécifiquement applicable au droit aux prestations dans l'assurance obligatoire des soins : le principe du traitement national est étroitement lié au système légal de planification et de financement hospitalier, qui serait remis en cause par la possibilité de choisir librement – ou de manière facilitée seulement – entre un traitement en Suisse ou à l'étranger (ATF 131 V 271, consid. 3.2, p. 276). En outre, l'assurance-maladie prévoit un système spécifique d'admission des fournisseurs de prestations (art. 35 LAMal), de sorte qu'il n'est pas possible de se procurer une prestation auprès d'un fournisseur non agréé, par exemple en invoquant le droit à la substitution (ATF 126 V 330, consid. 1b, p. 332 s. ; arrêt 9C_1009/2010 du 29 juillet 2011, consid. 2.4, avec références). Un assouplissement de la notion de cas d'urgence en relation avec les traitements à l'étranger menacerait ces principes. Il convient enfin de relever que, contrairement à l'opinion du recourant, la configuration à examiner concernant la violation critiquée du droit à la liberté personnelle au sens de la libre circulation n'est pas comparable à des cas de malades chroniques (par ex. des patients sous dialyse). S'agissant de ces derniers, on ne peut à ce titre exiger à la légère qu'ils renoncent à un voyage à l'étranger en raison du traitement qui doit être dispensé régulièrement ou d'un risque de maladie du fait de l'obligation de réduire le dommage.

Assurance obligatoire des soins : Institution commune LAMal : entraide internationale pour une bénéficiaire d'une rente de vieillesse d'un État membre de l'UE domiciliée en Suisse
ATF 146 V 152

L'Institution commune LAMal, qui remplit dans le cadre de l'entraide internationale visant à faciliter l'accès aux soins et aux prestations en nature des tâches en tant qu'organisme d'entraide au lieu de domicile ou de résidence de la personne assurée, dispose dans les procédures correspondantes

à l'encontre des requérants de la même compétence de décision que les assureurs-maladie autorisés (consid. 1.2.2 ; art. 18 LAMal ; art. 19 et 22 OAMal).

Dans le cadre de l'entraide internationale visant à faciliter l'accès aux soins et aux prestations en nature, les prestations en nature sont fournies en Suisse en tant qu'État du domicile par l'Institution commune LAMal selon la législation suisse, comme si la personne concernée – en l'espèce une ressortissante néerlandaise titulaire d'une rente de vieillesse – était assurée en Suisse ; il s'agit d'une application ponctuelle du système suisse de prestations (dite fiction d'être assuré[e] [intégration ponctuelle par le biais de la fiction du statut de membre] ; consid. 9). L'art. 36, al. 2, OAMal, selon lequel l'assurance obligatoire des soins prend en charge le coût des traitements effectués en cas d'urgence à l'étranger (aussi dans les États tiers), est par conséquent également applicable dans le cas particulier, dans lequel la requérante s'est soumise à un traitement médical à Dubaï (consid. 10.2 ; art. 23 à 30 du règlement (CE) N° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant coordination des systèmes de sécurité sociale ; art. 3, al. 1 et 2, LAMal ; art. 1, al. 1, art. 2, al. 1, let. e, et art. 36, al. 2, OAMal).

Exercice du droit d'option

Arrêt du TF 9C_531/2019 du 17 février 2020

La recourante, domiciliée en Suisse jusqu'au 31 décembre 2010, a transféré son domicile en Italie à partir du 1^{er} janvier 2011 tout en continuant à travailler en Suisse. Le 3 mars 2011, elle a informé son assureur-maladie de son départ à l'étranger. Le 28 mars 2011, elle a renvoyé le formulaire (avec un talon de réponse) que la caisse lui avait transmis pour procéder à la résiliation. L'assureur a rendu à la recourante les primes versées après le 1^{er} janvier 2011. Le 4 avril 2011, l'assureur a transmis à l'Isti-

tuto delle assicurazione sociali du canton du Tessin la notification de la fin du rapport d'assurance pour le 31 décembre 2010 pour raison de départ à l'étranger. Par décision du 12 juillet 2018, confirmée sur opposition le 20 décembre 2018, la caisse cantonale de compensation a réactivé d'office l'assurance obligatoire des soins de la recourante auprès de son assureur-maladie avec effet au 1^{er} janvier 2011 au motif que la recourante n'aurait pas exercé valablement son droit d'option en faveur de l'assurance italienne.

Le tribunal cantonal a rejeté le recours de l'intéressée. Il a retenu que le formulaire que la recourante a renvoyé à l'assureur le 28 mars 2011 indiquait que l'attestation de départ devait être jointe et qu'il était nécessaire de s'adresser à l'autorité compétente du canton de domicile pour exercer le droit d'option. Le 4 avril 2011, l'assureur a informé la caisse cantonale de compensation du départ de la recourante à l'étranger et de la résiliation de l'assurance obligatoire des soins pour le 31 décembre 2010, sans toutefois joindre le formulaire du 28 mars 2011. Dans les documents à sa disposition, la caisse cantonale de compensation n'avait donc aucune pièce attestant que la recourante avait exercé son droit d'option. Selon les juges cantonaux, le fait que la recourante ait rempli le talon de réponse ne pouvait en aucune manière remplacer l'exercice du droit d'option. En effet, la recourante avait volontairement envoyé la documentation à l'assureur-maladie alors que le talon de réponse qu'elle avait rempli indiquait sans équivoque qu'elle devait s'adresser à l'autorité compétente. L'assurée avait été suffisamment informée des modalités de l'exercice du droit d'option et l'assureur n'avait pas l'obligation de transmettre la documentation à la caisse cantonale de compensation.

Selon le TF, le droit d'option doit être exercé dans les 3 mois dès le départ à l'étranger et il ne peut

être exercé par actes concluants. Le TF a cependant reconnu que l'assuré, qui a été empêché de faire valoir son droit d'option à cause d'informations insuffisantes, doit pouvoir l'exercer au-delà du délai de 3 mois. En l'espèce, l'assureur-maladie a manqué à son obligation de renseigner au sens de l'art. 7b OAMal. Certes, le talon de réponse rempli par la recourante indiquait que celle-ci devait s'adresser à l'autorité cantonale compétente, sans indiquer quelle était cette autorité. Cette indication est insuffisante. La recourante a fait une croix à côté de la question relative à la volonté de résilier l'assurance-maladie et de s'assurer dans son nouveau pays. Elle a ainsi manifesté son intention d'opter pour l'assurance-maladie italienne. Il n'était en revanche pas clair pour la recourante à quelle autorité compétente elle aurait dû s'adresser. Elle n'a reçu au-

cune explication à ce sujet, ni aucune information sur l'exercice du droit d'option. Dans sa lettre du 4 avril 2011 à la caisse cantonale de compensation, l'assureur a indiqué que la recourante avait résilié son assurance pour cause de départ à l'étranger. La caisse cantonale de compensation aurait dû interpellé la recourante et lui demander si elle souhaitait exercer son droit d'option. Son recours est admis.

Allocations familiales

Bonne foi attestée : abandon de la créance en restitution

Arrêt du TF 8C_102/2020 du 1^{er} mai 2020

Dans le présent arrêt, le Tribunal fédéral devait examiner si la condition de la bonne foi était réalisée et, par conséquent, si la demande de remise de l'obligation de restituer des allocations familiales indûment touchées au sens de l'art. 25, al. 1, LPGA avait été rejetée à tort par le SVA Zurich.

Le Tribunal fédéral partage l'avis de l'instance précédente, selon lequel l'intimé, après avoir atteint

Evolution et mesures touchant l'ensemble du système

l'âge ordinaire de la retraite et perçu une rente de vieillesse, aurait dû informer la recourante du changement de sa situation personnelle. Au regard des circonstances concrètes, l'assuré ne pouvait cependant sans autre connaître l'obligation d'annonce, même en déployant toute la diligence nécessaire, et seule une négligence légère peut tout au plus lui être opposée. Le fait influant sur le droit aux prestations (perception d'une rente de vieillesse à l'âge légal de la retraite) dans la décision relative aux allocations n'était ainsi pas indiqué comme soumis à l'obligation d'annonce. Les formulaires de demande que la caisse de compensation pour allocations familiales continuait d'envoyer au recourant aux fins de la prolongation de la perception des allocations même après l'atteinte de l'âge de la retraite – qui contenaient au demeurant une liste exhaustive de questions – ne lui demandaient pas non plus s'il touchait une rente AVS.

Pour le reste, la possibilité d'une modification du droit aux allocations familiales à l'âge de la retraite n'était pas parfaitement claire, le besoin de compensation partielle de la charge financière occasionnée par l'enfant étant toujours présent et un cumul des allocations familiales et d'une rente pour enfant de l'AVS n'étant pas inenvisageable. Le fait que, dans les décisions y relatives, les allocations étaient désignées comme étant destinées à des personnes sans activité lucrative ne permettait en outre pas de déduire facilement que la prestation était touchée indûment, puisque le recourant ne travaillait plus plusieurs années avant l'âge de la retraite et était considéré comme étant sans activité lucrative, ce qui n'a pas changé avec l'arrivée à l'âge de la retraite.

Le tribunal considère que la réussite des examens de maturité, en particulier dans le cas d'une autoformation, nécessite une préparation systématique au sens des ch. 3358 s. DR. Selon la jurisprudence, la notion de formation visée à l'art. 49bis, al. 1, RAVS n'est pas réglée de manière exhaustive et doit s'entendre au sens large. Par ailleurs, en décider autrement reviendrait à nier le caractère formatif des efforts préalables au passage d'un examen, ce qui serait contraire à l'objectif des allocations, à savoir encourager la formation. La demande d'allocations de formation du recourant est par conséquent accordée.

Droit à des allocations de formation professionnelle pour la préparation à des examens de maturité en autoformation
Arrêt du tribunal des assurances sociales du canton de Zurich du 25 mars 2020



Abréviations

AA	Assurance-accidents
AC	Assurance-chômage
AF	Allocations familiales
AI	Assurance-invalidité
ALCP	Accord du 21 juin 1999 entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses États membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes (<i>RS 0.142.112.681</i>)
AM	Assurance militaire
AMal	Assurance-maladie
AOS	Assurance obligatoire des soins
APG	Allocations pour perte de gain
API	Allocations pour impotent
ATF	Arrêt du Tribunal fédéral
AVS	Assurance-vieillesse et survivants
CAF	Caisse de compensation pour allocations familiales
CDAS	Conférence des directrices et directeurs cantonaux des affaires sociales
CdC	Centrale de compensation
CFAMA	Commission fédérale des analyses, moyens et appareils
CFEJ	Commission fédérale pour l'enfance et la jeunesse
CFM	Commission fédérale des médicaments
CFPP	Commission fédérale des prestations générales et des principes
CGAS	Compte global des assurances sociales
CII	Collaboration interinstitutionnelle
COFF	Commission fédérale de coordination pour les questions familiales
Commission fédérale AVS/AI	Commission fédérale de l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité
Commission fédérale LPP	Commission fédérale de la prévoyance professionnelle
CSSS-E	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats
CSSS-N	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national
DFI	Département fédéral de l'intérieur
FMH	Fédération suisse des médecins
IC LAMal	Institution commune LAMal
LAA	Loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (<i>RS 832.20</i>)
LACI	Loi fédérale du 25 juin 1982 sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité (<i>RS 837.0</i>)
LAFam	Loi fédérale du 24 mars 2006 sur les allocations familiales (<i>RS 836.2</i>)
LAI	Loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (<i>RS 831.20</i>)
LAMal	Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (<i>RS 832.10</i>)
LAPG	Loi fédérale sur les allocations pour perte de gain en cas de service et de maternité (<i>RS 834.1</i>)

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

