

Assurances sociales 2021

Rapport annuel selon l'article 76 LPGA



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Assurances sociales 2021

Rapport annuel selon l'article 76 LPGA

Approuvé par le Conseil fédéral le 17 août 2022

Publié par l'Office fédéral des assurances sociales, 2022
OFCL, Diffusion publications, CH-3003 Berne,
www.bundespublikationen.admin.ch

Photo couverture : Walter Schurter, Köniz

318.121.21F 300 08.22 860505770

Informations complémentaires sur les assurances sociales

Statistique de poche « Les assurances sociales suisses » 2022

Numéro de commande 318.001.22F (français), 318.001.22D (allemand), 318.001.22I (italien), 318.001.22E (anglais)

« Statistique des assurances sociales suisses » 2022 (parution fin 2022)

Numéro de commande 318.122.22F (français), 318.122.22D (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 2021, rapport annuel du Conseil fédéral

Tables des matières

Avant-propos	3
Synthèse général, perspectives et principaux développements	4
Résultats 2021 : AVS, AI, PC et APG	4
Résultats 2011 à 2021 : AVS, AI et PC	6
Raisons de la progression des dépenses de 2010 à 2020	7
Le taux des prestations sociales, indicateur des prestations des assurances sociales	9
Contributions de la Confédération à l'AVS, à l'AI et aux PC	10
Stratégie dans le domaine de la sécurité sociale	11
Synthèse par branches	23
AVS Assurance-vieillesse et survivants	24
AI Assurance-invalidité	32
PC Prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI	40
PP Prévoyance professionnelle	44
AMal Assurance-maladie	50
AA Assurance-accidents	62
AM Assurance militaire	66
APG Allocations pour perte de gain	70
AC Assurance-chômage	76
AF Allocations familiales	82
Ptra Prestations transitoires pour les chômeurs âgés	90
APG COVID-19 Allocation perte de gain coronavirus (APG COVID-19)	92
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	105
Jurisprudence	109
Abréviations	118

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 en 2021, et présente les stratégies suivies pour faire face aux défis à relever.

Le rapport est divisé en quatre parties :

- La première partie présente l'état actuel et les 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 COVID-19, 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 2021. 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 2020, telles qu'elles se présentaient en avril 2022 (donc parfois encore provisoires).

Synthèse général, perspectives et principaux développements

Résultats 2021 : AVS, AI, PC et APG

À l'exception de 2012, de 2018 et de 2020/2021, l'évolution des cotisations des assurés n'est plus parvenue à compenser l'augmentation des dépenses dans l'AVS depuis 2008. À l'inverse, l'évolution des cotisations des assurés est supérieure à celle des dépenses dans l'AI depuis 2006 et dans le régime des APG depuis 2017.

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. En 2021, celles-ci ont augmenté de 2,9 %, tant dans l'AVS que dans l'AI. L'année précédente, le taux de cotisation à l'AVS avait été relevé de 0,3 point de pourcentage pour être porté à 8,7 %, de sorte que les cotisations à l'AVS et à l'AI avaient enregistré une hausse de respectivement 5,0 % et 1,3 % en 2020. 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 entre -1,1 % et 0,5 %, ce qui signifie que les dépenses de l'AI ont tendance à diminuer légèrement. En 2019 et en 2021, années d'adaptation des rentes, les taux de croissance des dépenses ont nettement augmenté aussi bien dans l'AVS que dans l'AI (respectivement 2,7 % et 2,4 % en 2019 et 2,3 % et 2,5 % en 2021).

AVS : L'AVS a connu en 2021 une augmentation des cotisations de 2,9 % (contre 5,0 % en 2020) 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 2,4 % en 2021, année d'adaptation des rentes, après une hausse de 1,7 % en 2020. En 2021, la somme des rentes versées a progressé dans des proportions moins importantes que les cotisations.

Le résultat de répartition s'est ainsi sensiblement amélioré par rapport à 2020 et se révèle positif pour la deuxième fois depuis 2013, affichant 880 mil-

lions de francs. Le résultat d'exploitation s'élevait à 2583 millions de francs.

AI : Depuis 2018, après la fin du relèvement temporaire de la TVA, l'AI présente un résultat de répartition négatif. Malgré un bon produit des placements (158 millions de francs), le résultat d'exploitation s'est, lui aussi, révélé négatif en 2021 (-207 millions de francs), comme c'était déjà le cas en 2020 (-267 millions de francs). De 2012 à 2017, l'AI avait présenté six fois de suite un résultat d'exploitation positif.

La somme des rentes AI ordinaires a diminué depuis 2012, passant de 5,2 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 2021. Le taux de croissance des dépenses et des recettes, de 1,4 %, est au plus bas niveau depuis 2017. Depuis 2010 – à l'exception de 2012, de 2018 et de 2021 – 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 2021. En moyenne, les PC à l'AI sont beaucoup plus importantes pour les bénéficiaires que les PC à l'AVS. Le rapport entre la somme des PC à l'AI et celle des rentes AI versées représente un taux de 53,2 %; Le même rapport pour les PC à l'AVS équivaut à un taux de 8,0 %.

PC à l'AVS : Les dépenses des PC à l'AVS ont diminué de 0,2 % en 2021. En 2021, les PC ont amélioré de 8,0 % la somme des rentes AVS; 12,5 % des bénéficiaires de rente de vieillesse et 9,5 % 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 3,7 % en 2021. Avant 2013, des progres-

sions nettement plus importantes encore étaient régulièrement enregistrées. La part des PC dans la somme des rentes AI a augmenté, passant à 53,2 %. En 2021, 50,0 % des bénéficiaires de rente AI ont perçu des PC.

APG : En 2021, les taux de cotisation ont été relevés de 0,05 point de pourcentage pour atteindre 0,5 %, ce qui a entraîné une augmentation des recettes de 15,1 % en 2021. Parallèlement, les dépenses ont augmenté, de 13,9 % en 2021, soit une nette augmentation due à l'introduction de l'allocation de paternité et de l'allocation de prise en charge. Ces mouvements ont abouti à un résultat d'exploitation de 231 millions de francs. Le résultat de répartition (hors produit des placements) était également positif en 2021 (165 millions de francs).

Synthèse général, perspectives et principaux développements

Résultats 2011 à 2021 : AVS, AI et PC

Le graphique ci-dessous montre que le 1^{er} pilier affiche des taux de variation constamment plus élevés les années d'adaptation des rentes. Les dépenses dans le domaine de la prévoyance VSI ont progressé en 2021 à des taux compris entre -0,2 et 3,7 %.

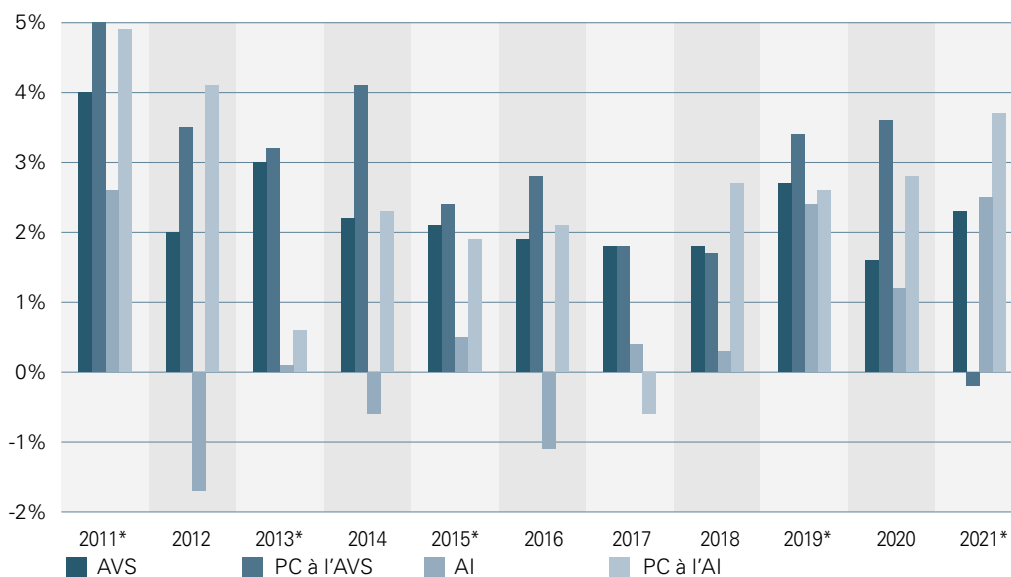
AVS : L'évolution des dépenses de l'AVS se caractérise par des taux de variation comparativement modestes sur l'ensemble de la période considérée. Le taux de croissance des dépenses de l'AVS se situe autour de 2 %, sauf en 2011, 2013 et 2019 (années d'adaptation des rentes). La croissance des dépenses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

AI : Les dépenses de l'AI ont connu des hausses sensiblement supérieures à 2 % uniquement lors des années d'adaptation des rentes 2011, 2019 et 2021. 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 2020 (respectivement 3,4 % et 3,6 %) ont été aussi élevés qu'en 2012 et 2013. En 2021, le taux de croissance était négatif (-0,2 %).

PC à l'AI : De 2011 à 2021, 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 2011 à 2021, taux de variation



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

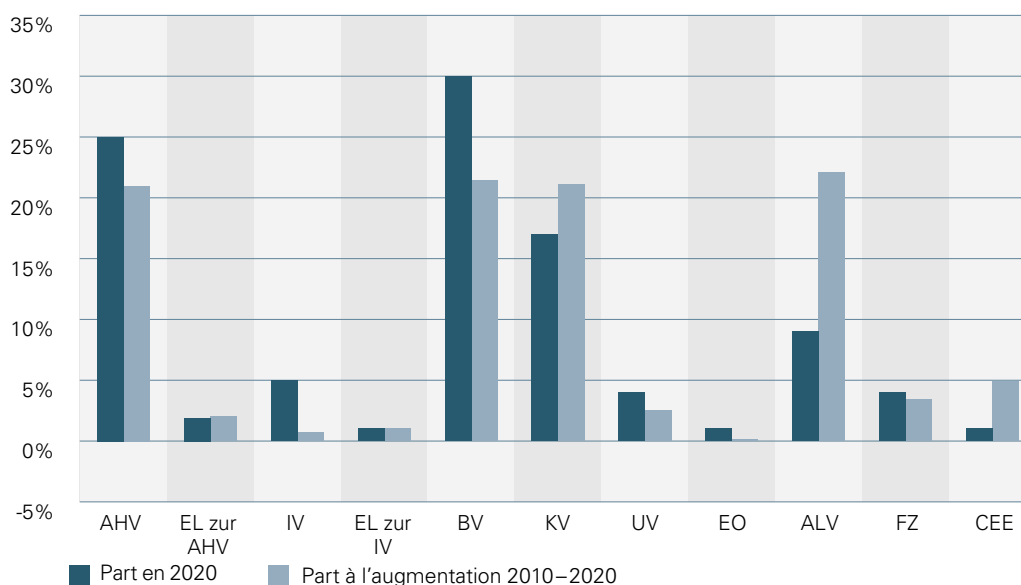
Source : CGAS de l'OFAS, SAS 2022

Raisons de la progression des dépenses de 2010 à 2020

Le graphique ci-dessous met en évidence la part des dépenses de chaque assurance sociale en 2020 par rapport aux dépenses totales, ainsi que leur contribution à l'augmentation globale des dépenses ces dix dernières années (2010-2020). Les dépenses totales consolidées ont été de 138 milliards de francs en 2010 et de 182 milliards en 2020, soit une hausse de 44 milliards de francs sur dix ans. Les cotisations aux assurances sociales (AVS/AI/APG/AA/PP) et les allocations familiales et de formation versées sur la base des prestations de l'AI et de l'AC sont déduites des dépenses consolidées de l'AC. Les paragraphes suivants esquissent les principales évolutions des différentes assurances sociales classées en fonction de leur importance relative dans les dépenses totales.

- La **PP** est l'assurance qui enregistre les dépenses les plus importantes, avec une part de 30 %. Ces dix dernières années, elle a contribué à hauteur de 9,5 milliards de francs à l'augmentation des dépenses totales de 44 milliards, soit autant que l'AVS, l'AMal ou l'AC.
- Les dépenses pour l'**AVS** représentent une part importante des dépenses totales (25 %) en 2020. Elles contribuent dans une légèrement moindre mesure à leur progression, puisque leur part à l'augmentation des dépenses totales entre 2010 et 2020 est de 21 %, soit 9,4 milliards de francs.
- À l'aune des dépenses, l'**AMal** vient en troisième position des assurances sociales (17 %) et contribue à hauteur de 21,1 %, soit 9,4 milliards de francs, à l'augmentation des dépenses totales sur la période considérée, ce qui représente plus que la moyenne.

Évolution de la part des dépenses de 2010 à 2020



Source : CGAS de l'OFAS, SAS 2022

Synthèse général, perspectives et principaux développements

- La part de l'**AC** aux dépenses totales du CGAS est passée de 4 % en 2019 à 9 % en 2020. Cette hausse est due aux indemnités en cas de réduction de l'horaire de travail COVID-19. Entre 2010 et 2020, les dépenses de l'AC sont ainsi celles qui ont le plus contribué (22 %) à la croissance des dépenses totales.
- En 2020, les dépenses de l'**AI** représentaient 5 % des dépenses totales, ce qui plaçait cette assurance en cinquième position. Sa contribution à la croissance des dépenses totales a été quasiment nulle au cours de la dernière décennie (0,3 milliard de francs).

En résumé, ce sont surtout l'AC, la PP, l'AMal et l'AVS qui ont gagné en importance depuis 2010, même si le rôle de l'AC était limité dans le temps et lié à la pandémie de COVID-19.

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 économique représenterait, avec 2,8 milliards de francs de dépenses en 2020, 1,5 % des dépenses totales des assurances sociales (qui atteignaient 182,3 milliards de francs). Les dépenses d'aide sociale ont augmenté en moyenne de 1,3 % entre 2015 et 2020. Avec un taux d'aide sociale s'élevant à 3,2 % de la population résidante de Suisse en 2020, 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 20,4 %.

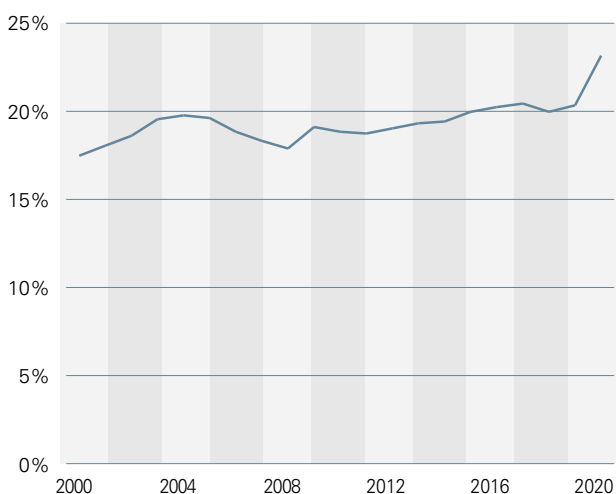
Le taux des prestations sociales¹, indicateur des prestations des assurances sociales

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, en particulier sur l'évolution de l'État social.

Le taux des prestations sociales – dont le calcul se base sur le CGAS – 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. Cependant, 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 17,5 % en 2000 à 23,2 % en 2020 (hausse de 5,7 points). L'accélération de 20,3 % à 23,2 % observée en 2020 s'explique par le recul du PIB couplé à une forte augmentation des prestations des assurances sociales. Le recul du PIB (2,9 %) s'explique par la pandémie de COVID-19 et est plus marqué que lors de la crise financière. L'accroissement des prestations sociales, quant à lui, atteint 10,6 %, chiffre record depuis 2000. Ce pourcentage (+10,6 %) dépasse nettement la croissance négative du PIB (-2,9 %), d'où l'augmentation du taux des prestations sociales de 2,8 points. La hausse des prestations sociales en 2020 est principalement due aux allocations pour perte de gain COVID-19 (2,2 milliards de francs) et aux indemnités en cas de réduction de l'horaire de travail liées au COVID-19 (9,2 milliards de francs). L'AVS et la prévoyance professionnelle génèrent la majorité des prestations sociales et déterminent ainsi l'évolution générale de ces dernières. Les prestations de l'AVS ont augmenté dans une proportion inférieure à la moyenne (pas d'adaptation des rentes) et celles de la prévoyance professionnelle ont progressé un peu plus fortement que les années précédentes.

Taux des prestations sociales, de 2000 à 2020



Source : CGAS de l'OFAS, SAS 2022

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 2022, p. 6).

Synthèse général, perspectives et principaux développements

La Confédération assume une part importante des dépenses de l'AVS, de l'AI et du régime des PC. En 2021, la contribution de la Confédération s'élevait à 15,1 milliards de francs. En 2021, 16 % (2,4 milliards de francs) de cette contribution ont pu être couverts par des recettes à affectation fixe (impôt sur le tabac et les boissons distillées). 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.

La part de la Confédération dans le financement de l'AVS correspondait à 19,55 % des dépenses de l'assurance de 2008 à 2019 et représente 20,2 % depuis 2020.

En 2021, la Confédération a participé aux dépenses de l'AVS à hauteur de 9,5 milliards de francs.

De 2008 à 2013, la part de la Confédération au financement de l'AI correspondait à 37,7 % des dépenses de l'assurance. Depuis 2014, la contribution de la Confédération à l'AI dépend de la moyenne des dépenses de l'assurance en 2010 et 2011, des recettes annuelles de la TVA et de l'évolution de l'indice des prix et des salaires. Elle équivaut au plus à la moitié et au moins à 37,7 % des dépenses annuelles de l'assurance. En 2021, la Confédération a participé aux

dépenses de l'AI à hauteur de 3,7 milliards de francs. Les dépenses liées aux PC sont financées par les recettes fiscales générales de la Confédération et des cantons. Avant 2008, la Confédération prenait en charge entre 10 et 35 % de l'ensemble des dépenses des PC, en fonction de la capacité financière des cantons. Dans le cadre de la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT), la contribution de la Confédération aux dépenses des PC a été complètement revue en 2008. Parmi les dépenses des PC, on distingue les prestations complémentaires annuelles et le remboursement des frais de maladie et d'invalidité. La Confédération ne participe plus qu'aux prestations complémentaires annuelles, pour lesquelles elle assume cinq huitièmes des dépenses servant à couvrir le minimum vital. Pour les personnes qui vivent chez elles, l'intégralité des prestations complémentaires annuelles sert à garantir le minimum vital. Dans le cas des pensionnaires de home, pour déterminer la part du minimum vital, on calcule à combien s'élèverait la couverture des besoins vitaux si la personne vivait chez elle. En 2021, la Confédération a participé aux dépenses des PC à hauteur de 1,8 milliard de francs.

Contributions de la Confédération à l'AVS, à l'AI et aux PC en 2021, en millions de francs

	2021	Variation 2020/2021
Contributions de la Confédération¹		
à l'AVS	9'499	2,3%
à l'AI Contribution ordinaire	3'749	3,6%
aux PC ²	1'811	6,4%
Total	15'059	3,1%
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	2'204	2,1%
Alcool ³	253	4,8%
Total	2'457	2,4%

1 Contributions dues en vertu du compte final des assurances sociales, avril 2022.

2 Y compris participation de la Confédération aux frais d'administration (2021 : 38,3 millions de francs).

3 Selon le compte d'État 2021.

Stratégie dans le domaine de la sécurité sociale

Importance d'une stratégie pour la sécurité sociale

La sécurité sociale revêt une importance primordiale dans un État moderne. Elle constitue la base de la cohésion sociale et confère à notre pays la stabilité politique particulièrement nécessaire en période d'insécurité et, partant, un avantage concurrentiel sur le plan économique. En Suisse, la sécurité sociale est l'un des principaux domaines d'activité de la Confédération, 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. Cette augmentation des dépenses est toutefois principalement imputable aux aides destinées à atténuer les conséquences des restrictions de l'activité économique dues à la pandémie. On peut donc s'attendre à ce que les dépenses suivent la tendance inverse lorsque la situation se normalisera.

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. Pour y parvenir, le Conseil fédéral poursuit 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 le défi principal pour le financement des assurances sociales. Les transformations de la société et des modes de vie exigent des assurances sociales qu'elles s'adaptent pour pouvoir continuer à réaliser leurs objectifs.

Le progrès technologique est porteur d'opportunités, mais il comporte 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.

Le marché du travail est en mutation permanente. Les évolutions structurelles, notamment les progrès technologiques, modifient le monde du travail et les parcours professionnels. 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.

Dans le 2^e pilier, l'augmentation de l'espérance de vie et la rémunération modeste des placements à faible risque entraînent des corrections dans la stratégie de placement des institutions de prévoyance.

Stratégie dans le domaine de la sécurité sociale

La tendance est à l'élargissement de la gamme des placements et à une meilleure évaluation et pondération de la capacité de risque des différentes institutions de prévoyance.

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.

Les mesures prises par le Conseil fédéral dans le contexte de la pandémie – de l'adaptation d'instruments existants tels que la réduction de l'horaire de travail à la création de nouvelles solutions comme l'allocation pour perte de gain COVID-19 pour différents groupes concernés – ont permis de limiter les répercussions négatives de la crise sur l'économie et donc sur la situation financière de la population. Elles ont permis d'éviter un recul de l'emploi, de garantir les salaires et d'atténuer les effets sur les indépendants.

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. En l'état actuel, il ne faut pas s'attendre à des conséquences importantes de la crise provoquée par la pandémie. Il n'est pas possible d'évaluer les perspectives à long terme pour les personnes souffrant des effets persistants du COVID-19 (affection post-COVID-19).

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 assurances 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 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 2021 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).

1 La « Stratégie pour le développement durable 2030 » a été mise en consultation le 4. novembre 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 de la législature 2019-2023 a été adopté le 29 janvier 2020.

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

Prévoyance vieillesse

Situation et défis

Entre 2014 et 2019, l'AVS a affiché un résultat de répartition négatif. En 2020 et 2021, elle a enregistré un résultat de répartition positif, notamment grâce aux quelque 2 milliards de francs supplémentaires qui lui sont versés chaque année depuis 2020 et suite à l'acceptation du projet de réforme fiscale et de financement de l'AVS (RFFA). Or, le financement par répartition nécessiterait un équilibre constant entre recettes et rentes en cours. Cette situation s'accroît d'autant plus que les assurés de la génération à forte natalité (baby-boomers) atteignent peu à peu l'âge de la retraite. D'après les scénarios financiers actuels, le déficit de répartition cumulé des années 2022 à 2030 atteindra 10 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 46 milliards de francs en 2020, soit environ 78 % 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 11e révision de l'AVS (première version) en 2004, l'adaptation du taux de conversion minimal et la 11e 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.

Suite à 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.

Le 28 août 2019, le Conseil fédéral a adopté le message relatif à la stabilisation de l'AVS (AVS 21). Le projet a pour objectif de maintenir le niveau des prestations et de garantir le financement de l'AVS vieillesse jusqu'en 2030. Le Parlement a adopté la réforme AVS 21 le 17 décembre 2021, et une votation populaire aura lieu à l'automne 2022. Le référendum lancé contre la réforme de la loi sur l'AVS a abouti. Deux textes seront donc soumis au vote, car l'arrêté fédéral modifiant la Constitution est soumis au référendum obligatoire.

En parallèle, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national a chargé le Conseil fédéral de soumettre au Parlement, d'ici au 31 décembre 2026, un projet de stabilisation de l'AVS pour la période 2030 à 2040 (motion 21.3462 « Mandat concernant la prochaine réforme de l'AVS »).

Diverses autres interventions parlementaires sollicitent également des réformes ayant pour objet la stabilisation de l'AVS à moyen terme. Or, comme le Conseil fédéral l'a souligné dans son Message sur le programme de la législature 2019-2023⁵, l'AVS nécessitera de nouvelles réformes à partir des années 2030. Indépendamment de l'issue de la réforme AVS 21, le Conseil fédéral commencera donc prochainement les travaux pour une nouvelle réforme. Outre le financement durable de l'AVS, l'organisation du régime des rentes de survivants

5 FF 2020 1709

Stratégie dans le domaine de la sécurité sociale

revêtra une grande importance dans les années à venir. De plus, deux initiatives populaires fédérales en lien avec l'AVS ont abouti. Il s'agit des initiatives « Mieux vivre à la retraite (initiative pour une 13e rente AVS) » et « Pour une prévoyance vieillesse sûre et pérenne (initiative sur les rentes) ». Le Conseil fédéral devrait adopter les messages relatifs à ces initiatives d'ici l'été 2022.

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. Mais ces évaluations montrent aussi que, pour les enfants, les jeunes et les assurés atteints dans leur santé psychique, d'autres mesures s'imposent pour prévenir l'invalidité et favoriser la réadaptation. La priorité stratégique de l'AI est de développer ses prestations visant l'intégration.

Dans l'AI, le Conseil fédéral poursuit les objectifs stratégiques suivants (message relatif au Développement continu de l'AI) :

- 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 nombre total des 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 (message relatif au Développement continu de l'AI) :

- **Intégration et participation** : l'AI vise en priorité la réadaptation, l'autonomie et la responsabilisation de ses assurés. Les prestations de l'AI ont pour objectif premier de maintenir la capacité de gain, afin de permettre la participation à la vie économique. Par la contribution d'assistance, introduite dans le cadre de la 6e révision, l'AI contribue à ce que les personnes en situation de handicap puissent continuer de vivre dans leur cadre habituel.
- **Solidarité et cohésion sociale** : lorsque ses assurés ne peuvent être réinsérés sur le marché du travail, l'AI leur octroie, notamment sous forme de rentes, les prestations couvrant leurs besoins vitaux. Ses prestations atteignent tous les groupes de population qui en ont besoin. Qui-conque fait valoir son droit aux prestations de l'AI doit prouver la limitation de sa capacité de gain et a l'obligation de réduire le dommage.
- **Dignité humaine** : les procédures de l'AI sont correctes et équitables, renforçant ainsi la confiance accordée à l'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 avait élaboré un projet de développement continu de l'AI. Ce projet a été adopté par le Parlement lors de la session d'été 2020 et est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2022. 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. En outre, la possibilité d'une gestion des cas est introduite. La révision met l'accent sur un meilleur suivi des assurés concernés. Les mesures

ciblent en particulier les transitions entre l'école et le monde du travail, afin de prévenir une invalidité précoce. Les instruments de détection précoce et les mesures de réinsertion sont étendus aux jeunes. L'objectif est 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 désormais inscrit dans la loi qu'une rente ne sera octroyée que lorsque toutes les mesures de réadaptation auront été épuisées. La révision introduit en outre un système de rentes linéaire afin de supprimer les effets de seuil. L'exactitude du taux d'invalidité revêt par conséquent une plus grande importance. L'évaluation du taux d'invalidité est désormais définie au niveau réglementaire. La systématisation et l'harmonisation des facteurs de correction visent à renforcer la sécurité juridique. Le service médical régional décrit ainsi le plus concrètement possible les limitations de l'assuré, en les évaluant de manière exhaustive. Lorsqu'aucun revenu concret n'est disponible, l'office AI procède à une mise en parallèle systématique avec les barèmes de l'ESS, en suivant des critères clairement définis. En outre, une déduction forfaitaire de 10 % au titre du travail à temps partiel est automatiquement accordée.

Les effets concrets de ces mesures ainsi que la possibilité d'adapter les tableaux de l'ESS et de les intégrer au nouveau système seront évalués dans le cadre du programme de recherche sur l'assurance-invalidité.

Pour être pertinente, l'appréciation des conséquences des nouveautés doit toutefois se fonder sur les données d'au moins deux années.

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. Il fallait veiller, dans le contexte de la situation extraordinaire et de la situation particulière au sens de la loi sur les épidémies, à poursuivre les

mesures le plus largement possible et à maintenir le vaste éventail de prestations des organisations d'aide aux personnes en situation de handicap.

Le COVID-19 est toutefois susceptible d'avoir des effets psychiques et somatiques à long terme (« Covid long »), qui peuvent avoir un impact sur l'AI. Pour suivre l'évolution de la situation, l'AI a mis en place un monitoring. Les données sont collectées de manière anonyme auprès des offices AI par la Conférence des offices AI, rassemblées et mises chaque mois à la disposition de l'OFAS. Le monitoring contient les données concernant les assurés qui déposent une demande de prestations auprès de l'AI et qui présentent des séquelles durables, médicalement attestées, après une infection au COVID-19. La demande peut avoir été déposée avant que le lien avec l'infection au COVID-19 n'ait été établi.

Depuis fin 2020, on constate une augmentation de l'octroi de nouvelles rentes dans l'AI. L'OFAS prévoit par conséquent de procéder à une analyse quantitative et qualitative de l'évolution des nouvelles rentes, en tenant compte de différents aspects tels que les répercussions des changements apportés à la méthode mixte, de la jurisprudence relative à la procédure structurée d'administration des preuves et du changement de pratique du Tribunal fédéral concernant les addictions.

Modernisation de la surveillance

Compte tenu de l'évolution technique des dernières décennies, 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, les bases légales de la surveillance dans le 1^{er} pilier doivent être adaptées. La révision de la loi sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS) vise ainsi à moderniser la surveillance de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS), des prestations complémentaires, du régime des

Stratégie dans le domaine de la sécurité sociale

allocations pour perte de gain (APG) et des allocations familiales dans l'agriculture.

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

1. Pour l'AVS, l'AI, le régime des APG, les PC, les allocations familiales dans l'agriculture, 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.
3. D'autres dispositions doivent 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 2e pilier, définissant notamment plus précisément les tâches de l'expert en prévoyance professionnelle ou garantissant l'indépendance des autorités de surveillance régionales.

Le Conseil fédéral a adopté le message sur la modernisation de la surveillance le 20 novembre 2019. Le Parlement a entamé les débats au cours du premier semestre 2021. Le Conseil des États a adopté la révision de la loi sur l'assurance-vieillesse et survivants à l'unanimité au vote sur l'ensemble le 14 juin 2021, et le Conseil national également le 17 mars 2022. Les divergences devraient être éliminées en juin 2022.

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. La stratégie pose le cadre d'action politique sur lequel l'ensemble des acteurs de la santé peuvent s'orienter. Elle est centrée sur quatre défis urgents : la transformation technologique et numérique, l'évolution démographique et sociale, le maintien de soins de grande qualité avec un système financièrement viable et l'opportunité de vivre en bonne santé.

Dans le domaine de l'assurance maladie, les objectifs principaux sont un système de santé financièrement viable, des soins médicaux de grande qualité et la garantie de l'accès de la population à ces soins. Ils sont également repris dans les objectifs de législature 2019-2023. 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, le 28 mars 2018, un programme de maîtrise des coûts. Le 21 août 2019, le Conseil fédéral a adopté, à l'intention des Chambres fédérales, un premier volet comportant neuf mesures (« Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1^{er} volet »). Les Chambres fédérales ont adopté ce volet 1a le 18 juin 2021. Trois mesures sont entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2022. Les autres mesures nécessitent des modifications au niveau réglementaire. Elles seront mises en consultation au cours du 1^{er} trimestre 2022 et devraient entrer en vigueur au début de l'année 2023. La consultation relative au 2e volet portant sur l'objectif d'évolution des coûts dans l'assurance obligatoire des soins, de renforcement des soins coordonnés et d'autres mesures concernant les médicaments est, quant à elle, terminée. Le 28 avril 2021, le Conseil fédéral a déci-

dé, sur la base des résultats de cette consultation, d'extraire du volet de mesures la proposition d'un objectif de maîtrise des coûts.

Le 10 novembre 2021, il a adopté le message concernant les mesures visant à freiner la hausse des coûts (introduction d'objectifs en matière de coûts) en tant que contre-projet indirect à l'initiative pour un frein aux coûts. La discussion au Parlement a commencé. L'adoption du message concernant les autres mesures du 2e volet est prévue pour 2022.

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. Le Conseil fédéral a transmis le message au Parlement le 17 septembre 2021.

Assurance-chômage

En ce qui concerne l'exécution de la loi sur l'assurance-chômage (LACI) et de 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 :

- S'agissant du service public de l'emploi, l'accent est mis sur les prestations adaptées aux besoins des demandeurs d'emploi et des employeurs. Pour cela, il est prévu de développer plus avant les services numériques et d'optimiser encore les mesures relatives au marché du travail (MMT).
- Les ressources de l'AC et du service public de l'emploi pour le conseil, le placement et l'utilisation des MMT 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 postes 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 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).

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. Elle organise par ailleurs des manifestations pour favoriser l'échange des connaissances et la mise en réseau. En 2021, les axes de travail suivants ont été traités : participation des personnes touchées par la pauvreté, mesures d'accompagnement et de soutien pour

Stratégie dans le domaine de la sécurité sociale

les jeunes ayant des problèmes dans plusieurs domaines de la vie pendant les transitions de l'école vers la formation professionnelle et le marché du travail, promotion des compétences de base et des qualifications professionnelles des adultes menacés et touchés par la pauvreté, et effets de la crise liée à la pandémie sur la pauvreté et les inégalités sociales et économiques. La crise n'a pas entraîné un recours accru à l'aide sociale en 2021, notamment grâce à l'aide apportée par la Confédération, les cantons, les communes et les organisations de la société civile. Les groupes de population qui se trouvaient déjà, avant la crise, dans une situation de vie et de travail précaire sur le plan social et économique ont toutefois été particulièrement touchés. Les inégalités socio-économiques ont augmenté à la suite de la pandémie. Il n'est pas encore possible d'évaluer si cet effet n'est que temporaire.

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 :

- 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 ;

- défendre les intérêts de la sécurité sociale suisse dans les organisations internationales et vis-à-vis d'autres États ;
- répondre au besoin en personnel des différentes branches économiques, en favorisant la mobilité par delà les frontières.

Outils et mesures

Pour atteindre ces objectifs stratégiques, la Suisse a conclu avec les États de l'UE et de l'AELE des accords multilatéraux (annexe II de l'Accord sur la libre circulation des personnes avec l'UE et ses États membres [ALCP] 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, entre autres, à éliminer les obstacles à la libre circulation des personnes dans le domaine de la sécurité sociale, sans pour autant harmoniser les législations nationales de sécurité sociale. Les États concernés sont tenus de respecter des règles et des principes communs lorsqu'ils appliquent leur propre législation : assujettissement à une seule législation nationale, égalité de traitement entre nationaux et étrangers, prise en compte des périodes d'assurance étrangères en vue de l'acquisition d'une prestation, exportation des prestations en espèces et prise en charge des soins de santé fournis à l'étranger. Grâce à la coordination des prestations des assurances sociales en vertu de l'ALCP et de la Convention AELE, les ressortissants suisses ont eux aussi la garantie que le fait d'entreprendre une activité lucrative dans un État membre de l'UE ou de l'AELE ne leur fera perdre aucun droit aux prestations de ces assurances. Les prescriptions de coordination ne s'appliquent pas à l'aide sociale.

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 conclu une nouvelle convention de sécurité sociale avec le Royaume-Uni afin d'assurer la continuité des relations en matière de droit de la sécurité sociale 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 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 »).

Ces développements créent des possibilités susceptibles de transformer radicalement les structures des entreprises, les chaînes de valeurs et les processus de production et d'affaires et d'avoir une incidence sur la nature et le nombre des emplois, sur les exigences posées aux employés et sur les formes de travail. Il est difficile à l'heure actuelle d'évaluer pleinement l'ampleur et les effets de ces changements. La pandémie de COVID-19 a donné un élan supplémentaire à la transformation numérique de la société. Il est toutefois encore trop tôt pour évaluer ses effets à plus long terme sur le monde du travail.

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

Stratégie dans le domaine de la sécurité sociale

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

Les outils numériques doivent être utilisés dans l'exécution des assurances sociales de telle sorte que tous les acteurs puissent accéder aux informations de manière simple, uniforme et transparente, et que les processus soient réglés le plus efficacement possible tout en maintenant les coûts le plus bas possible grâce aux synergies résultant de l'exploitation de services électroniques communs. La sécurité de l'information et la protection des données doivent être garanties en tout temps.

Les quatre champs d'action suivants sont prioritaires :

- La création de bases légales et de standards contraignants afin de promouvoir les synergies dans l'exécution et de définir des exigences minimales en matière de sécurité de l'information et de protection des données.
 - La clarification des tâches, des compétences et des responsabilités des acteurs impliqués ainsi que l'amélioration de la gouvernance et l'encouragement de la collaboration grâce à un portefeuille commun de projets de numérisation et de systèmes d'information.
 - Les projets favorisant la numérisation de l'exécution seront encouragés et accompagnés. En font partie notamment la stratégie de portail 1^{er} pilier / allocations familiales, le traitement automatisé des formulaires du 1^{er} pilier, le traitement électronique des demandes de remboursement des assurés de l'AVS, le traitement numérique des cas de recours dans l'AVS et l'AI, l'accès en ligne aux données relevant du domaine des cotisations et des allocations pour perte de gain, la détermination à l'aide d'algorithmes du statut des assurés à l'égard des assurances sociales ainsi que l'annonce d'une activité indépendante par voie numérique.
- En tant qu'office responsable, l'OFAS soutient l'échange de données électroniques avec l'étranger et participe à des projets internationaux de numérisation, ce qui implique une modernisation avec des standardisations et des simplifications en Suisse.

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 frontières de moins en moins nettes entre travail salarié et travail indépendant.

L'objectif 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 a, dans son rapport « Numérisation : examen d'une flexibilisation dans le droit des assurances sociales (Flexi-Test) » du 27 octobre 2021, examiné en particulier trois domaines dans lesquels des ajustements sont souvent demandés :

- le système de classification des revenus du travail par les assurances sociales (distinction entre l'activité salariée et l'activité indépendante) ;
- les possibilités de garantir la protection sociale, notamment des travailleurs de plateforme ;
- la simplification des procédures administratives entre les entreprises, les particuliers et les autorités d'exécution des assurances sociales et l'augmentation de la transparence.

Le rapport montre que le système actuel de sécurité sociale et ses normes juridiques offrent suffisam-

ment de flexibilité pour faire face aux défis de l'économie numérique, mais que l'exécution doit être simplifiée. Pour cela, les caisses de compensation AVS développent, en collaboration avec l'OFAS, un nouveau projet de numérisation qui vise à créer un outil en ligne permettant de déterminer à l'aide d'algorithmes le statut des assurés à l'égard des assurances sociales et de procéder à l'inscription en tant qu'indépendant sous forme numérique.

Efficienc e 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'efficience 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'efficience des structures de mise en œuvre des assurances sociales afin d'apprécier les potentiels d'optimisation de leur fonctionnement.

Synthèse par branches

AVS	Assurance-vieillesse et survivants	24
AI	Assurance-invalidité	32
PC	Prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI	40
PP	Prévoyance professionnelle	44
AMal	Assurance-maladie	50
AA	Assurance-accidents	62
AM	Assurance militaire	66
APG	Allocations pour perte de gain	70
AC	Assurance-chômage	76
AF	Allocations familiales	82
Ptra	Prestations transitoires pour les chômeurs âgés	90
APG COVID-19	Allocation perte de gain coronavirus	92

AVS Assurance-vieillesse et survivants

1 Chiffres clés actuels de l'AVS

Recettes (résultat d'exploitation) 2021	49'610 mio fr.
Dépenses 2021	47'027 mio fr.
Résultat 2021	2'583 mio fr.
Compte de capital 2021	49'741 mio fr.

Rente de vieillesse maximale	2022	2'390 fr.
Rente de vieillesse minimale	2022	1'195 fr.
Montant moyen de la rente de vieillesse, en Suisse	2021	1'876 fr.

Bénéficiaires de rentes de vieillesse	2'470'725
Bénéficiaires de rentes de survivants	207'116

Bénéficiaires en Suisse et à l'étranger, en décembre 2021

Rapport de dépendance AVS	1990	26,7 %
	2020	31,6 %
	2030	39,0 %

Un rapport de dépendance de 31,9 % signifie qu'il y avait environ 32 rentiers pour 100 actifs en 2020.

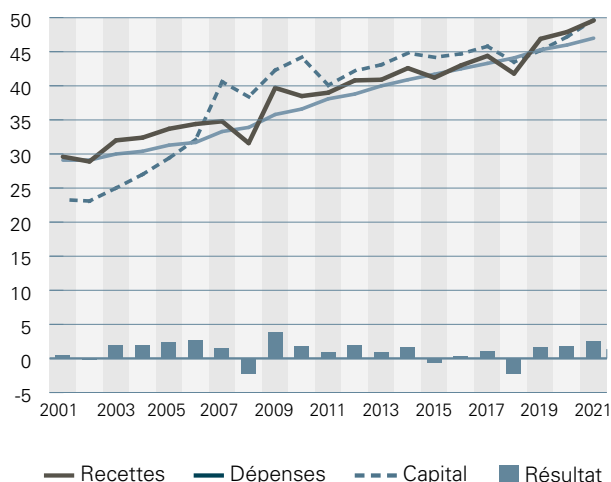
Tant le résultat de répartition que le résultat d'exploitation étaient positifs en 2021.

Évolution en 2021

À la fin de 2021, la fortune de l'AVS se montait à 49,7 milliards de francs et s'établissait ainsi, comme en 2020, au-dessus des dépenses d'une année. Le résultat de répartition – hors produit des placements – est redevenu positif pour la deuxième année consécutive, après avoir été négatif de 2014 à 2019.

Cette évolution s'explique entre autres par l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 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.

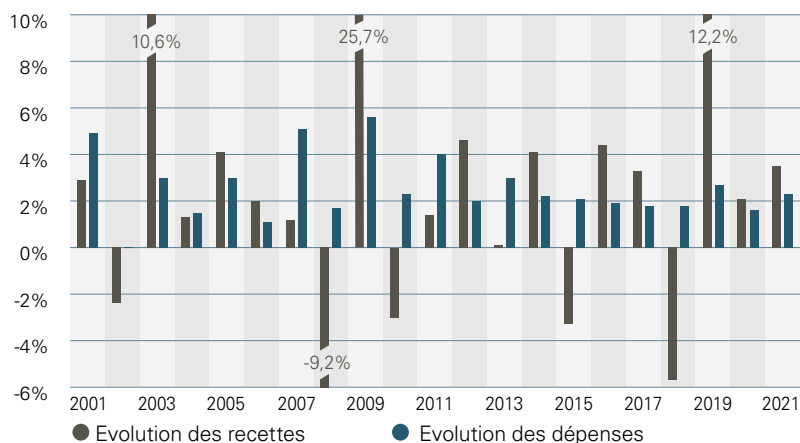
2 Recettes, dépenses, résultat et capital de l'AVS, en milliards de francs



Depuis 2019, les recettes de l'AVS sont supérieures aux dépenses, ce qui a entraîné des résultats d'exploitation positifs. Le capital de l'AVS a par conséquent atteint 49,7 milliards de francs fin 2021. Depuis le début des années 2000, l'AVS n'a présenté des résultats d'exploitation négatifs qu'en 2002, 2008, 2015 et 2018, années marquées par des difficultés économiques. Des résultats négatifs de placement (2002, 2008 et 2018) en ont été la cause principale.

AVS Assurance-vieillesse et survivants

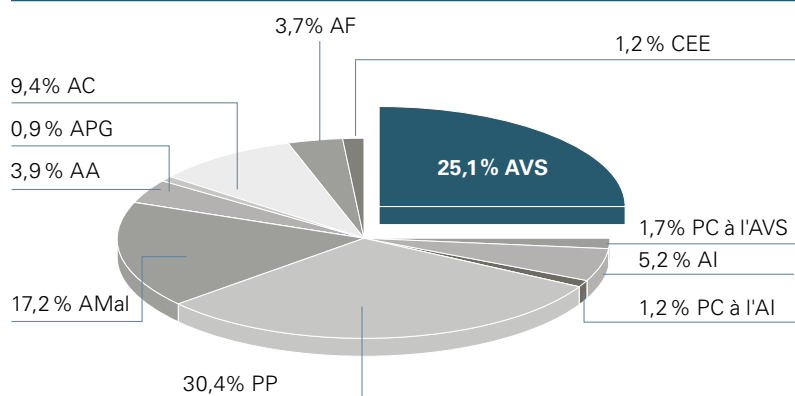
3 Evolution des recettes et des dépenses de l'AVS



En 2021, les recettes de l'AVS ont augmenté de 3,5 %, grâce à la hausse des cotisations des assurés et des contributions des pouvoirs publics, mais surtout à l'augmentation du produit des placements. Les dépenses de l'AVS ont progressé de 2,3 % en 2021, soit un peu moins que lors des autres années d'adaptation des rentes.

Les rentes ont été adaptées en 2001, 2003, 2005, 2007, 2009, 2011, 2013, 2015, 2019 et 2021.

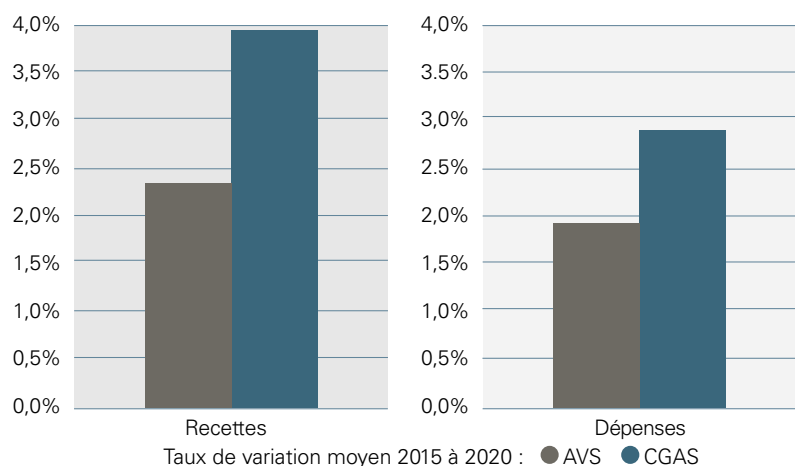
4 L'AVS dans le CGAS 2020



Dépenses 2020 : 182,3 mia fr.

Mesurée à l'aune des dépenses, l'AVS se place, avec 25,1 %, au deuxième rang des assurances sociales. 98,6 % de ses dépenses ont été affectées aux rentes, dont 95,7 % aux rentes de vieillesse et 4,3 % aux rentes de survivants.

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



Recettes de 2015 à 2020 : Le taux de croissance moyen des recettes de l'AVS (2,4 %) a été inférieur à celui des recettes du CGAS (4,0 %).

Dépenses de 2015 à 2020 : Les dépenses au titre de l'AVS représentent le deuxième volume le plus important des dépenses du CGAS.

Les taux de croissance élevés du CGAS sont dus aux mesures prises dans le contexte de la pandémie de COVID-19.

Source : SAS 2022 (parution automne 2022), OFAS, et www.ofas.admin.ch

AVS Assurance-vieillesse et survivants

Finances

Compte d'exploitation 2021 de l'AVS, en millions de francs

	2021	Variation 2020/2021
Cotisations des assurés et des employeurs	35'130	2,9%
Contributions des pouvoirs publics	12'774	2,9%
Confédération	9'499	2,3%
TVA	3'040	6,4%
Imposition des maisons de jeu	234	-13,3%
Produit des actions récursoires	3	36,5%
Autres recettes	0	-100,0%
Recettes (résultat de répartition)	47'907	2,9%
Produit du capital	537	0,8%
Recettes (résultat selon le CGAS)	48'444	2,9%
Variation de valeur du capital	1'166	40,5%
Recettes (résultat d'exploitation)	49'610	3,5%
Prestations en espèces	46'581	2,3%
Rentes ordinaires	46'389	2,4%
Rentes extraordinaires	5	-9,0%
Transferts et remboursement de cotisations aux étrangers	52	8,8%
Allocations pour impotent	600	-2,7%
Allocations de secours aux Suisses de l'étranger	0	-15,2%
Créances en restitution, net	-464	-7,0%
Coûts des mesures individuelles	115	8,4%
Subventions à des institutions et organisations	111	2,8%
Frais de gestion	13	1,9%
Frais d'administration	206	0,0%
Dépenses	47'027	2,3%
Résultat de répartition	880	52,1%
Résultat selon le CGAS	1'417	27,5%
Résultat d'exploitation	2'583	33,1%
Capital	49'741	5,5%

Compte d'exploitation 2021 de l'AVS, en millions de francs

Les cotisations des assurés et des employeurs représentent la part la plus importante des recettes. Elles ont augmenté de 2,9 % par rapport à 2020. Les recettes provenant des cotisations ont couvert en tout 74,7 % des dépenses de l'assurance. Depuis le 1^{er} janvier 2020, la Confédération participe aux dépenses de l'AVS à hauteur de 20,2 %. Sa contribution s'est établie à 9499 millions de francs en 2021. Les recettes provenant du point de TVA lié à l'évolution démographique, qui sont intégralement versées à l'AVS depuis le 1^{er} janvier 2020, ont atteint 3040 millions de francs en 2021. En 2021, les recettes (résultat de répartition) ont augmenté de 2,9 %. Les recettes (résultat d'exploitation), qui comprennent également le produit du capital, les intérêts sur les dettes de l'AI et les variations de valeur du capital, ont augmenté de 3,5 % par rapport à l'année précédente pour atteindre 49 610 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. Avec une progression de 2,3 %, les rentes ont connu une évolution inverse à celle des allocations pour impotent (-2,7 %). Les autres domaines (coûts des mesures individuelles, subventions à des organisations, frais de gestion et d'administration) ont occasionné des dépenses de 446 millions de francs, ce qui représente une hausse de 12 millions de francs ou de 2,8 % par rapport à l'année précédente. Les dépenses totales de l'AVS se sont accrues de 2,3 %, pour atteindre 47 027 millions de francs.

Au total, le résultat de répartition est positif et s'établit à 880 millions de francs, tandis que le résultat d'exploitation s'élève à 2583 millions de francs. Le compte de capital de l'AVS a augmenté dans la même proportion pour s'établir à 49 741 millions de francs.

AVS Assurance-vieillesse et survivants

Évolution des rentes

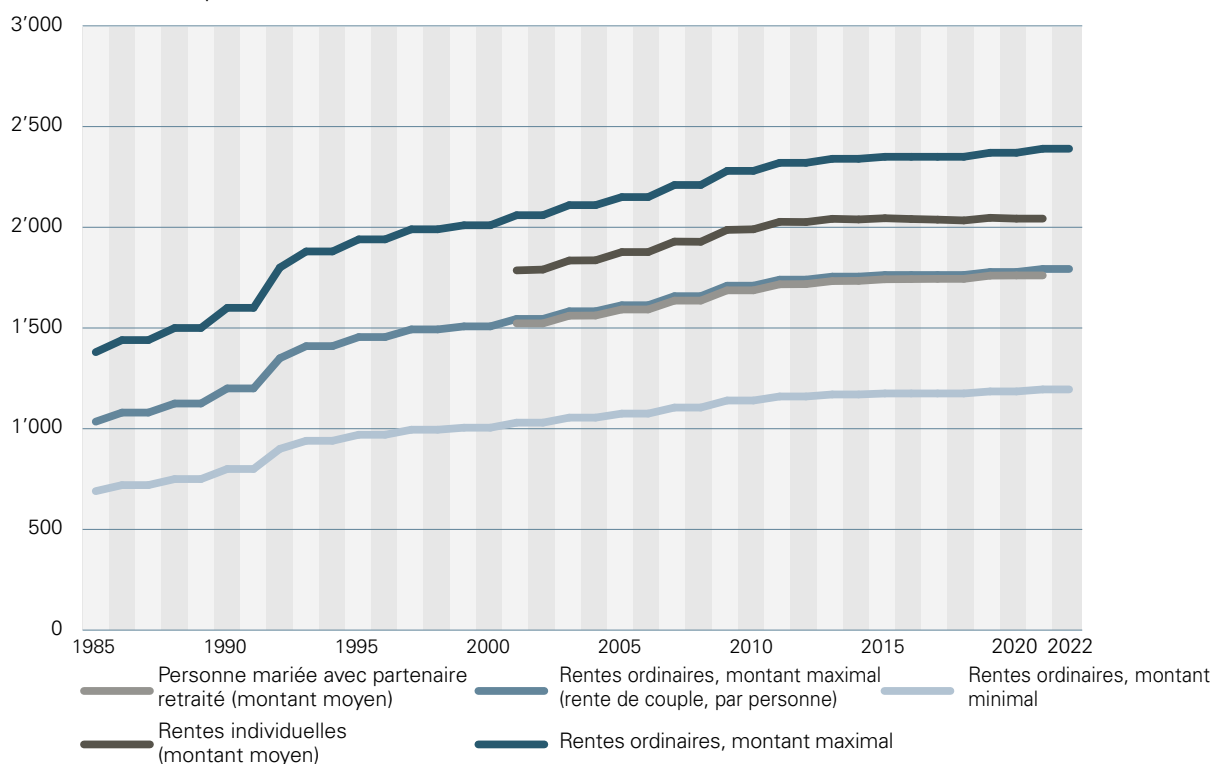
En principe, le Conseil fédéral examine tous les deux ans la nécessité d'adapter les rentes de l'AVS et de l'AI à l'évolution des salaires et des prix. Dans ce cadre et sur la base des recommandations de la Commission AVS/AI, le Conseil fédéral a décidé un relèvement des rentes minimales de l'AVS et 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 3e pilier (déduction fiscale autorisée).

L'adaptation des rentes à l'évolution des salaires et des prix a entraîné 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 a eu 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.

Rente AVS (rente complète en Suisse)



Source : SAS 2022 (parution automne 2022), OFAS, et www.ofas.admin.ch

Réformes

Stabilisation de l'AVS (AVS 21)

Le Parlement a adopté la réforme AVS 21 le 17 décembre 2021. Le but est d'assurer l'équilibre financier de l'AVS à l'horizon 2030 tout en maintenant le niveau des prestations de l'AVS. Le Conseil national a adopté la révision de la loi (LAVS) par 125 voix contre 67 et 1 abstention ainsi que l'arrêté fédéral sur le financement additionnel de l'AVS par le biais d'un relèvement de la TVA par 126 voix contre 40 et 27 abstentions. Au Conseil des États, la loi a été acceptée par 31 voix contre 12 et l'arrêté fédéral à l'unanimité.

Les principales mesures de la réforme sont les suivantes :

- **Harmonisation de l'âge de référence entre hommes et femmes à 65 ans dans l'AVS et la prévoyance professionnelle obligatoire :** l'âge de référence des femmes est relevé par étapes de trois mois par année dès l'année qui suit celle de l'entrée en vigueur de la réforme.
- **Mesures de compensation pour les femmes les plus touchées par le relèvement de l'âge de référence (génération transitoire de neuf ans) :** les femmes qui ne perçoivent pas leur rente de vieillesse de manière anticipée se voient octroyer un supplément de rente à vie, dont le montant varie selon l'année de naissance et le revenu. Celles qui anticipent le versement de leur rente de vieillesse peuvent bénéficier de taux de réduction favorables, échelonnés selon le revenu. En outre, la possibilité d'anticiper la rente de trois ans au maximum (62 ans) est garantie aux femmes de la génération transitoire.
- **Flexibilisation accrue de la retraite :** possibilité d'anticiper mensuellement la rente de vieillesse dès l'âge de 63 ans.
En outre, le passage progressif de la vie active à la retraite est assuré grâce à la possibilité

d'anticiper ou d'ajourner un pourcentage de la rente de vieillesse compris en 20 et 80 %.

- **Incitations à poursuivre l'activité lucrative après 65 ans :** les cotisations AVS versées après 65 ans, mais jusqu'à 70 ans au plus, pourront améliorer la rente de vieillesse et, à certaines conditions, combler les lacunes de cotisation. Afin que les bas salaires puissent également profiter de cette mesure, il leur sera possible de renoncer à l'application de la franchise de cotisation de 1400 francs par mois.
- **Financement additionnel de l'AVS** par le biais d'un relèvement proportionnel de la TVA de 0,4 point, illimité dans le temps.

Le Parlement a en outre introduit un lien entre la modification de la loi et l'arrêté fédéral de manière qu'ils ne peuvent pas entrer en vigueur l'un sans l'autre. L'arrêté fédéral modifiant la Constitution est soumis au référendum obligatoire, ce qui implique que la population suisse devra voter sur la hausse de la TVA. Dans la mesure où un référendum a abouti, la modification de la loi sera également soumise à la votation populaire.

Utilisation systématique du numéro AVS par les autorités

Le 18 décembre 2020, le Parlement a adopté la modification de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS) habilitant les autorités à utiliser le numéro AVS comme identificateur de personnes dans la mesure où l'exécution de leurs tâches légales le requiert. L'objectif est d'éviter des confusions lors du traitement de dossiers personnels, tout en contribuant à la mise en œuvre de la stratégie suisse de cyberadministration et en renforçant l'efficacité de l'administration. Le 11 novembre 2021, le Conseil fédéral a adopté les adaptations nécessaires du règlement sur l'assurance-vieillesse et survivants (RAVS) et fixé la date d'entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2022.

AVS Assurance-vieillesse et survivants

Perspectives

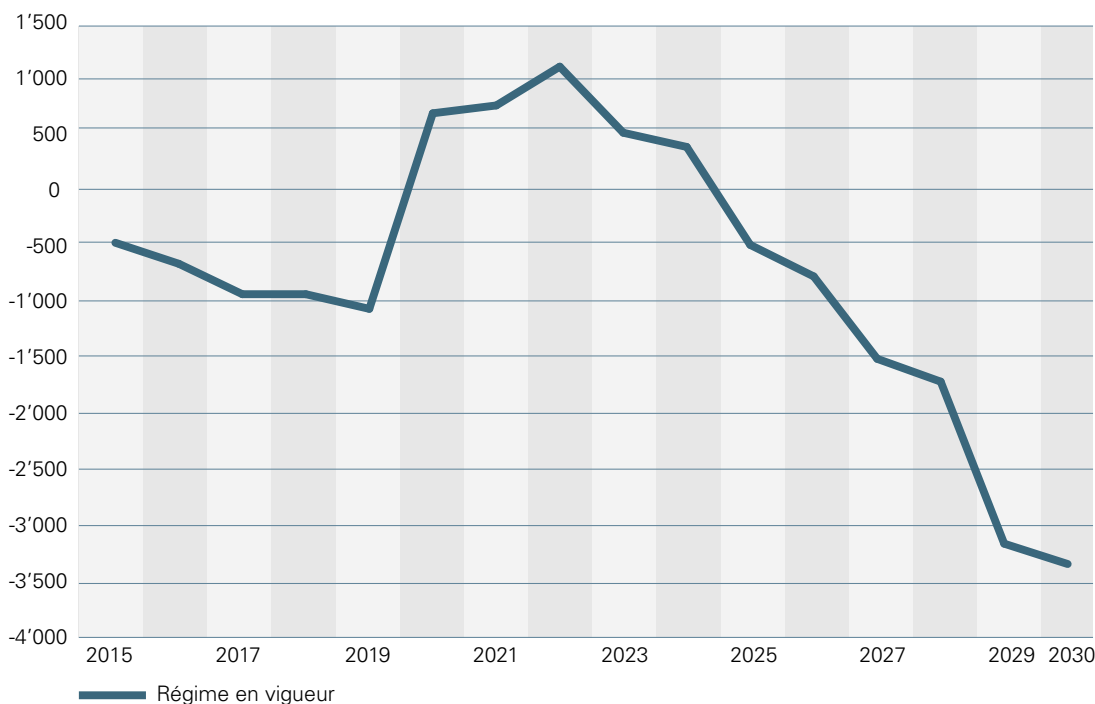
L'évolution financière de l'AVS à moyen terme peut être estimée sur la base de ses comptes. Dans ce calcul, les dépenses et les recettes à venir sont fonction de l'évolution démographique (nombre de rentiers et de cotisants), du contexte économique (évolution des salaires et des prix), ainsi que des 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

salairé 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.

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

Évolution du résultat de répartition de l'AVS, en millions de francs (aux prix de 2022)



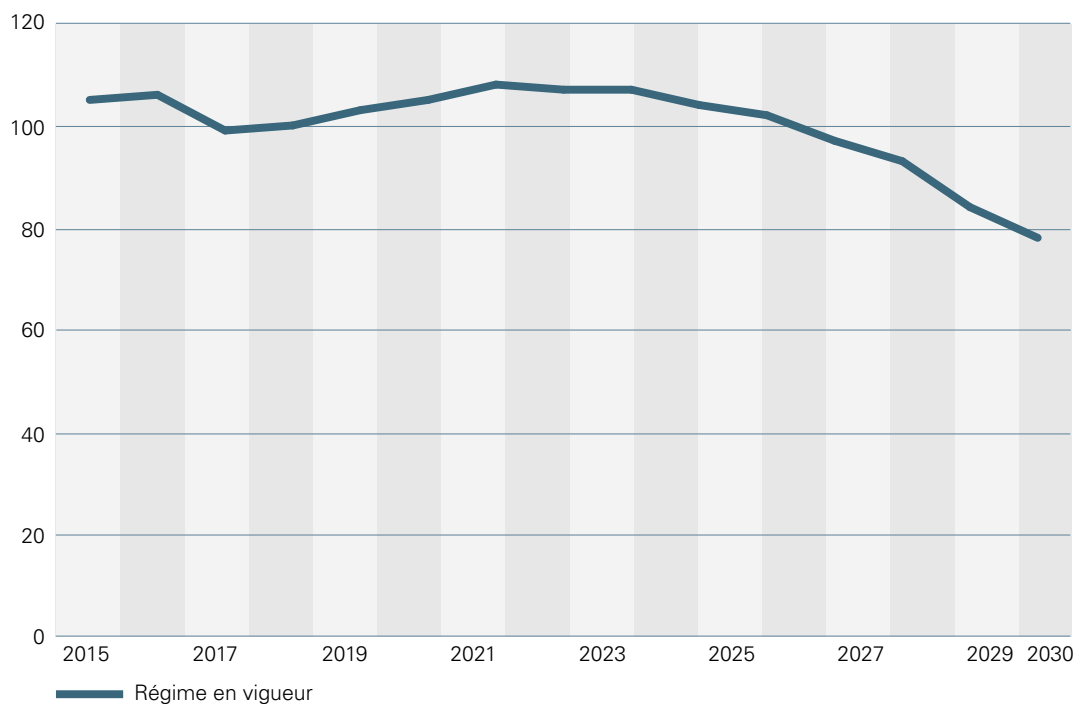
Résultat de répartition : recettes hors produit du capital, moins les dépenses
Ajusté sur le décompte provisoire 2021 ; hypothèses sur l'évolution économique du 16.12.2021

¹ L'état actuel des finances peut être consulté sur www.ofas.admin.ch
> Assurance sociales > AVS > Finances > « Perspectives financières de l'AVS ».

Le graphique de la page précédente montre l'évolution du résultat de répartition de l'AVS. À partir de 2017, on constate des déficits dépassant le milliard de francs. Les effets du projet de réforme fis-

cale et de financement de l'AVS (RFFA), accepté en votation populaire le 19 mai 2019, sont visibles à partir de 2020.

Capital de l'AVS en % des dépenses (aux prix de 2022)



Compte de capital de l'AVS, en % des dépenses
Ajusté sur le décompte provisoire 2021 ; hypothèses sur l'évolution économique du 16.12.2021

AI Assurance-invalidité

1 Chiffres clés actuels de l'AI

Recettes (résultat d'exploitation) 2021	9'624 mio de fr.
Dépenses 2021	9'832 mio de fr.
Résultat 2021	-207 mio de fr.
Fonds de compensation AI 2021	4'313 mio de fr.
Dette envers l'AVS 2021	-10'284 mio de fr.

Rente d'invalidité maximale	2022	2'390 fr.
Rente d'invalidité minimale	2022	1'195 fr.
Montant moyen de la rente d'invalidité en Suisse	2021	1'488 fr.

Bénéficiaires de rentes d'invalidité	248'248
Rentes pour enfant, nombre d'enfants	64'092

Bénéficiaires en Suisse et à l'étranger, décembre 2021

Probabilité de percevoir une prestation de l'AI, 2021	
10 à 19 ans	6,8 %
20 à 39 ans	3,4 %
40 à 59 ans	6,2 %
60 ans et plus	15,9 %

Depuis 2017, l'AI ne parvient pas à réduire sa dette envers l'AVS.

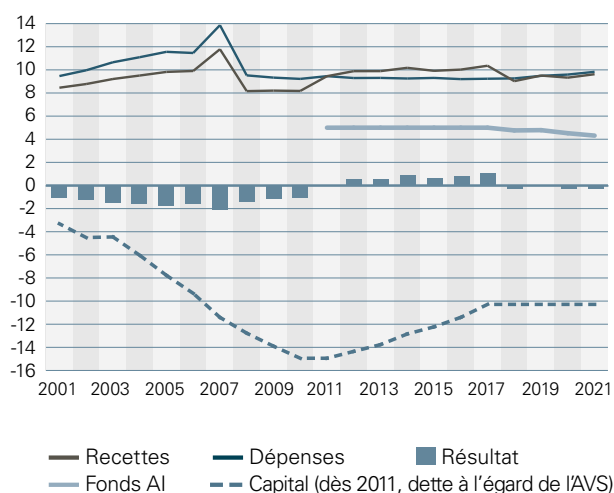
Évolution en 2021

En 2021, les recettes de l'AI se chiffraient à 9624 millions de francs, à hauteur de 5678 millions de francs pour les cotisations des assurés et des employeurs et de 3749 millions de francs pour les contributions des pouvoirs publics. Le produit des placements s'est élevé à 158 millions de francs.

En 2021, les dépenses s'élevaient à 9832 millions de francs. Elles ont été affectées à raison de 91,4 % aux rentes, aux allocations pour impotent, aux indemnités journalières, aux mesures individuelles et aux prestations collectives.

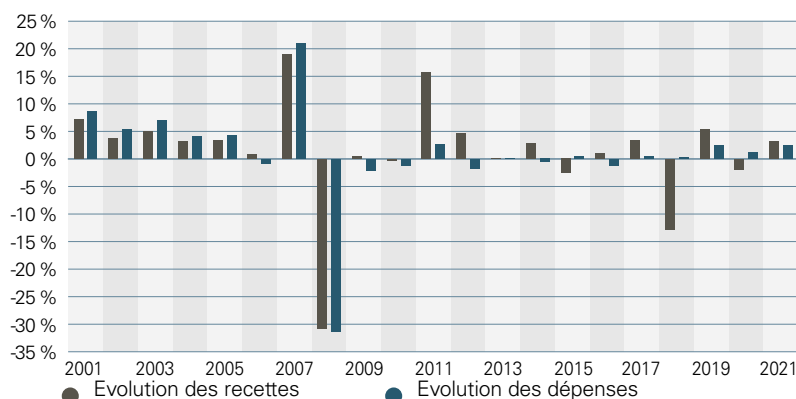
Le résultat d'exploitation était négatif en 2021 avec -207 millions de francs, ce qui a entraîné une baisse du niveau du Fonds de compensation de l'AI à 4313 millions de francs. La dette de l'AI envers l'AVS n'a donc pas pu être réduite et s'est maintenue à -10 284 millions de francs.

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



Depuis 2018, hormis en 2019, les recettes de l'AI ne couvrent pas intégralement les dépenses. 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 14 944 à 10 284 millions de francs.

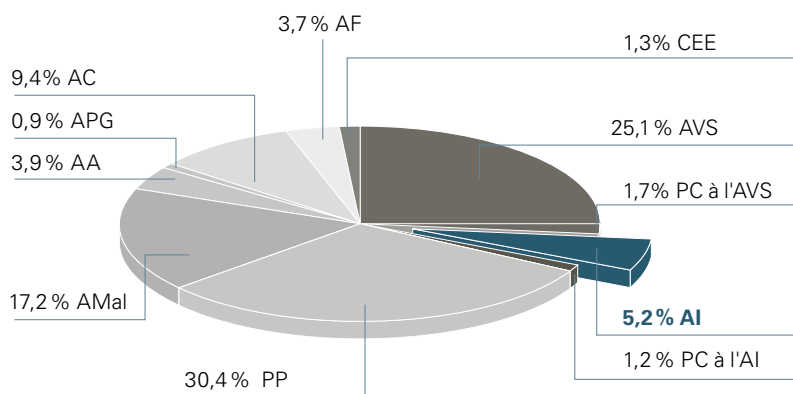
3 Evolution des recettes et des dépenses de l'AI (avec la RPT)



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. En 2019, le produit des placements a permis aux recettes d'augmenter de nouveau bien plus fortement que les dépenses. En 2021, les recettes ont progressé un peu plus que les dépenses.

Les rentes ont été adaptées en 2001, 2003, 2005, 2007, 2009, 2011, 2013, 2015, 2019 et 2021.

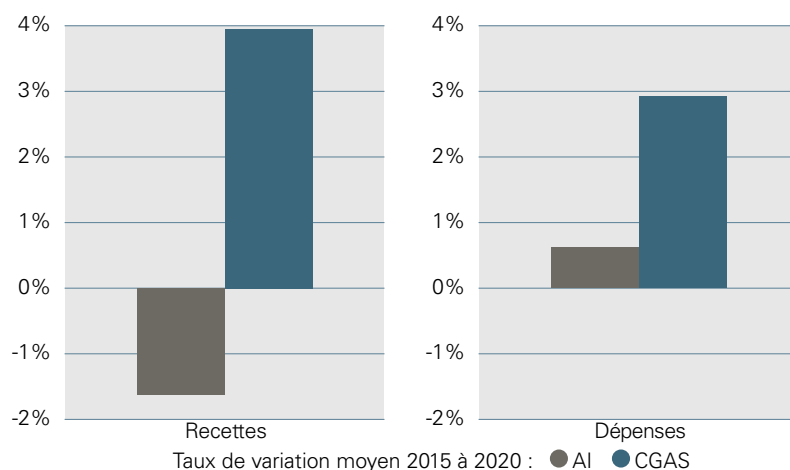
4 L'AI dans le CGAS 2020



Dépenses 2020 : 182,3 mia fr.

Mesurée à l'aune des dépenses, l'AI se place, avec 5,2 %, en cinquième position des assurances sociales. Ces dépenses ont été consacrées pour 91,9 % aux prestations sociales, tandis que les frais de gestion et d'administration ainsi que les intérêts de la dette représentaient 8,1 %.

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



Recettes de 2015 à 2020 : Le taux de croissance moyen des recettes de l'AI (-1,6 %) a été nettement inférieur à celui des recettes du CGAS (4,0 %). Par conséquent, la part des recettes de l'AI dans celles du CGAS a diminué.

Dépenses de 2015 à 2020 : De 2015 à 2020, les dépenses de l'AI ont augmenté de 0,6 % par année, ce qui a freiné l'évolution des dépenses du CGAS (+2,9 %).

Les taux de croissance élevés du CGAS sont dus aux mesures prises dans le contexte de la pandémie de COVID-19.

Source : SAS 2022 (parution automne 2022), OFAS, et www.ofas.admin.ch

AI Assurance-invalidité

Finances

Compte d'exploitation 2021 de l'AI, en millions de francs

	2021	Variation 2020/2021
Cotisations des assurés et des employeurs (y c. intérêts)	5'678	2,9%
Contributions des pouvoirs publics	3'749	3,6%
Confédération	3'749	3,6%
TVA	–	–
Produit des actions récursives	30	-0,2%
Autres recettes	9	–
Recettes (résultat de répartition)	9'466	3,3%
Produit du capital	47	-22,7%
Recettes (résultat selon le CGAS)	9'513	3,1%
Variation de valeur du capital	112	7,6%
Recettes (résultat d'exploitation)	9'624	3,2%
Intérêts de la dette	51	0,0%
Prestations en espèces	6'788	2,2%
Dont : Rentes ordinaires	4'624	1,2%
Rentes extraordinaires	983	5,0%
Indemnités journalières	748	3,2%
Allocations pour impotent	536	3,5%
Créances en restitution, net	-152	2,8%
Coûts des mesures individuelles	2'091	2,8%
Dont : Mesures médicales	939	-2,2%
Mesures d'intervention précoce	56	8,0%
Mesures de réinsertion	122	28,5%
Mesures d'ordre professionnel	676	4,4%
Contribution d'assistance	94	7,5%
Moyens auxiliaires	225	3,9%
Créances en restitution, net	-24	15,0%
Subventions aux institutions et organisations	140	-5,0%
Frais de gestion et d'administration	761	5,3%
Dépenses	9'832	2,5%
Résultat de répartition	-366	15,2%
Résultat selon le CGAS	-319	14,0%
Résultat d'exploitation	-207	22,4%
Dette envers l'AVS	-10'284	0,0%
Fonds AI	4'313	-4,6%

En 2021, les cotisations des assurés et des employeurs à l'AI ont augmenté de 2,9 % pour atteindre 5678 millions de francs. Elles ont couvert 57,8 % des dépenses. Les contributions des pouvoirs publics ont nettement augmenté pour atteindre 3749 millions de francs. Les recettes (résultat de répartition), en progression de 3,3 % par rapport à l'année précédente, se chiffrent à 9466 millions de francs. Le produit des placements (produit du capital, variation de la valeur du capital) a baissé de 3,5 % pour tomber à 158 millions de francs. Au total, les recettes (résultat d'exploitation) de l'AI en 2021 ont augmenté de 3,2 % et s'élèvent à 9624 millions de francs.

Au chapitre des dépenses, 6788 millions de francs (soit 69,0 %) 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 5456 millions de francs, soit 55,5 % des dépenses totales. Cette somme correspond à une augmentation de 2,0 % par rapport à l'année précédente (augmentation des rentes). Le poste des indemnités journalières a connu une augmentation de 3,2 %, passant à 748 millions de francs, et celui des allocations pour impotent, une hausse de 3,5 %, passant à 536 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 2,8 % et représentaient 21,3 % des dépenses. Les prestations de détection et d'intervention précoces affichent un taux de croissance de 21,3 %. Les frais de gestion et d'administration ont augmenté de 5,3 % pour s'établir à 761 millions de francs. Leur part dans l'ensemble des dépenses s'élève à 7,7 %. Les intérêts que l'AI doit payer sur sa dette envers l'AVS ont stagné à 51 millions de francs en 2021.

Avec des recettes (résultat d'exploitation) de 9624 millions de francs et des dépenses de 9832 millions de francs, le résultat d'exploitation est négatif. L'AI n'a ainsi pas pu réduire sa dette envers l'AVS en 2021. Le montant de cette dette reste donc inchangé à 10 284 millions de francs.

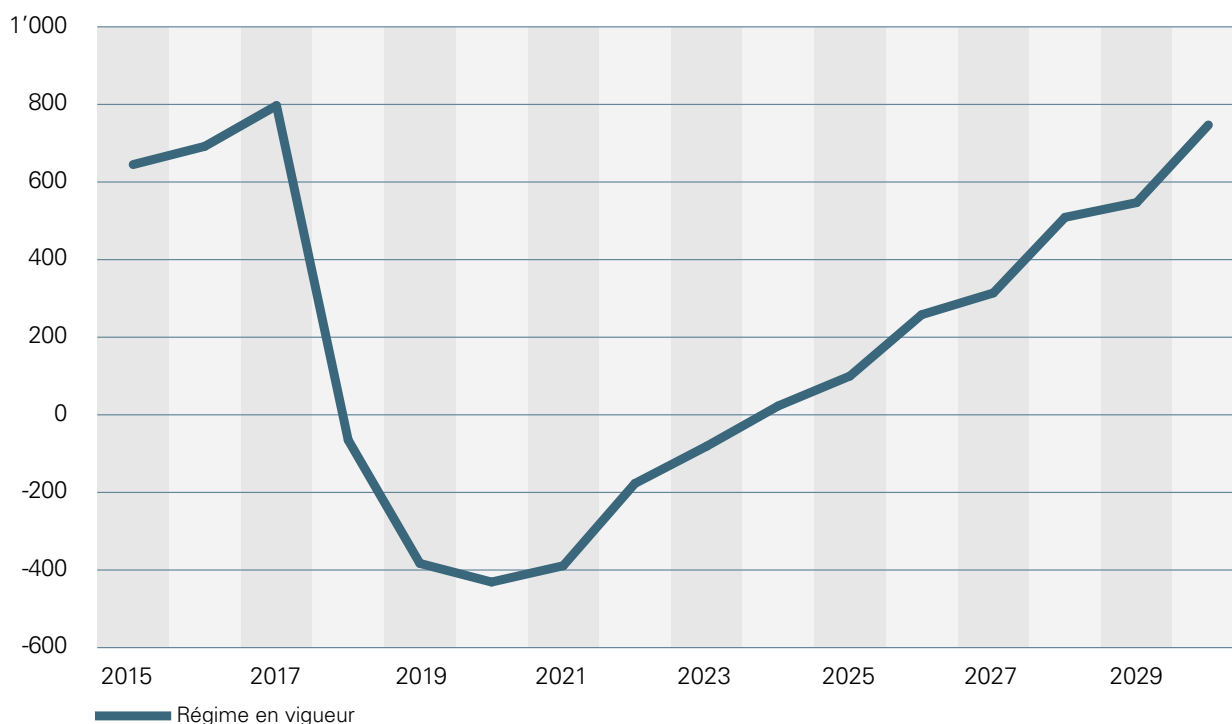
AI Assurance-invalidité

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
Ajusté sur le décompte définitif 2020 ; hypothèses sur l'évolution économique du 16.12.2021

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

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

Cette révision de l'AI a été adoptée par le législateur le 19 juin 2020. Sa mise en œuvre impliquait d'importantes modifications au niveau réglementaire, qui ont fait l'objet d'une consultation de décembre 2020 à mars 2021. Le Conseil fédéral a pris connaissance des résultats de la consultation et adapté certaines dispositions en conséquence.

Le 3 novembre 2021, le Conseil fédéral a fixé au 1^{er} janvier 2022 l'entrée en vigueur du Développement continu de l'AI. Cette révision apporte des améliorations en faveur des enfants, des jeunes et des personnes atteintes de troubles psychiques. Elle introduit également des mesures visant à garantir la qualité et la transparence des expertises médicales.

Expertises médicales : mesures d'assurance-qualité et de transparence

Dans le cadre du Développement continu de l'AI, les mesures d'instruction et la procédure liée aux expertises médicales sont uniformisées pour toutes les assurances sociales. Lors de l'attribution des mandats d'expertise, l'assurance et la personne assurée doivent se mettre d'accord sur un mandataire. En outre, les expertises deviennent plus transparentes : les entretiens entre experts et assurés font désormais l'objet d'un enregistrement sonore, qui est joint au dossier.

En ce qui concerne l'AI en particulier, les offices AI tiennent une liste publique contenant des informations sur les experts auxquels ils font appel (nombre d'expertises effectuées, remboursements, incapacités de travail attestées, appréciation des expertises dans le cadre de décisions de justice). L'Office fédéral des assurances sociales publiera chaque an-

née une vue d'ensemble à l'échelle nationale sur la base des listes des offices AI.

Comme c'était déjà le cas pour les expertises pluridisciplinaires (trois disciplines ou plus), les expertises bidisciplinaires sont désormais confiées exclusivement et de manière aléatoire à des centres agréés ou des binômes d'experts.

Évaluation du taux d'invalidité : une réglementation plus claire

Avec l'introduction d'un système de rentes linéaire, l'exactitude du taux d'invalidité revêt une plus grande importance. En effet, dans ce nouveau système, chaque point de pourcentage est déterminant pour le calcul du montant de la rente. Afin d'accroître la sécurité juridique et l'uniformité, les principes essentiels de l'évaluation du taux d'invalidité sont désormais définis au niveau réglementaire et non plus par voie de directive. Auparavant, ceux-ci se fondaient en grande partie sur la jurisprudence du Tribunal fédéral. De nouvelles dispositions réglementaires sont désormais consacrées aux situations suivantes : personnes travaillant à temps partiel, comparaison du revenu réalisé avant la survenance de l'invalidité avec celui réalisable après, personnes sans diplôme professionnel, invalides précoces ou de naissance et revenus particulièrement bas avant la survenance de l'invalidité. Ces modifications profitent aux assurés à différents égards. Les participants à la consultation ont en particulier critiqué la réglementation sur l'abattement en raison d'une atteinte à la santé et l'application des tableaux de l'Enquête suisse sur la structure des salaires pour la détermination d'un revenu réalisable. Le Conseil fédéral a décidé de s'en tenir à cette pratique tout en chargeant l'Office fédéral des assurances sociales d'examiner la possibilité de développer de nouvelles bases spécifiques à

AI Assurance-invalidité

l'AI. Dans un arrêt récent (8C_256/2021 du 9 mars 2022, publication ATF prévue), le Tribunal fédéral estime de son côté qu'il n'y a pas lieu de modifier sa jurisprudence relative à la détermination du taux d'invalidité sur la base des barèmes de salaires de l'Enquête sur la structure des salaires (ESS).

Ordonnance du département concernant les infirmités congénitales

L'AI finance le traitement médical de certaines infirmités congénitales qui touchent les enfants et les jeunes. La réforme inscrit dans la loi des critères clairs pour déterminer si une maladie est assimilée à une infirmité congénitale, et donc si l'AI prend en charge les coûts de son traitement. La liste des infirmités congénitales est mise à jour. Des affections qui peuvent être traitées facilement aujourd'hui relèvent désormais du champ de compétence de l'assurance-maladie, tandis que de nouvelles affections, notamment des maladies rares, sont prises en charge par l'AI. La tenue de la liste des infirmités congénitales est confiée au Département fédéral de l'intérieur. Une ordonnance du département remplace donc l'ancienne ordonnance du Conseil fédéral, ce qui simplifie la mise à jour régulière de la liste.

Nouvelle ordonnance du département sur les prestations de soins

La nouvelle ordonnance du Département fédéral de l'intérieur sur les prestations de soins fournies sous forme ambulatoire est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022. Elle désigne les prestations de soins ambulatoires (par ex. soins prodigués par des organisations d'aide et de soins à domicile) fournies aux enfants et aux adolescents qui sont désormais prises en charge par l'AI. En faisant édicter une ordonnance du ressort du département, le Conseil fédéral a répondu à un autre mandat découlant du Développement continu de l'AI.

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

1 Chiffres clés actuels des PC

Dépenses (= recettes) des PC à l'AVS 2021	3'161 mio de fr.
Dépenses (= recettes) des PC à l'AI 2021	2'282 mio de fr.

Eléments de calcul des PC pour les personnes seules	
Besoins vitaux 2022	19'610 fr.
Loyer brut maximum 2022	14'520 fr.
Franchise sur la fortune 2022	16'400 fr.
Remboursement max. des frais de maladie et d'invalidité	
– Personnes à domicile 2022	25'000 fr.
– Pensionnaires en home 2022	6'000 fr.

Bénéficiaires de PC, selon le type d'habitation	
– Personnes à domicile 2021	278'034
– Pensionnaires en home 2021	66'969

La somme des PC à l'AVS versées en 2021 a atteint 3161 millions de francs, tandis que les PC à l'AI se sont chiffrées à 2282 millions de francs.

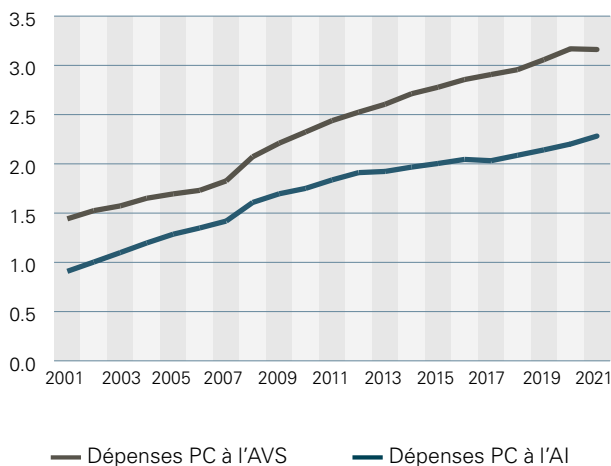
Les PC à l'AI jouent un rôle bien plus important pour leurs bénéficiaires que les PC à l'AVS.

Évolution en 2021

En 2021, les dépenses des PC à l'AI ont augmenté, tandis que celles des PC à l'AVS ont baissé. Les PC versées ont atteint 5443 millions de francs, dont 58 % pour les PC à l'AVS et 42 % pour les PC à l'AI. En 2021, les PC à l'AVS ont amélioré de 8,0 % la somme des rentes AVS ; 12,5 % des bénéficiaires de rentes de vieillesse en percevaient. Les PC à l'AI ont amélioré de 53,2 % la somme des rentes AI, et 50,0 % 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 1201 francs de PC par mois, contre 3462 francs par mois pour une personne seule vivant dans un home. En 2021, 66 969 bénéficiaires de PC vivaient dans un home et 278 034 chez eux.

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

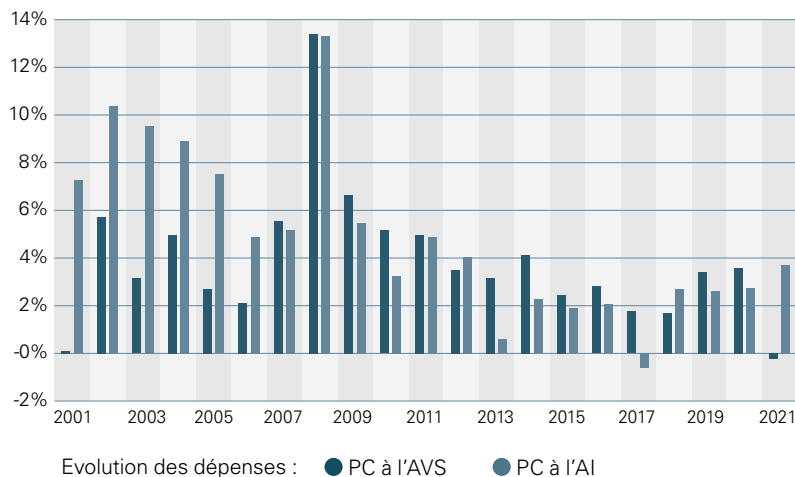
2 Dépenses (= recettes) des PC, en milliards de francs



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 pré-répartition 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, 2018 et 2021).

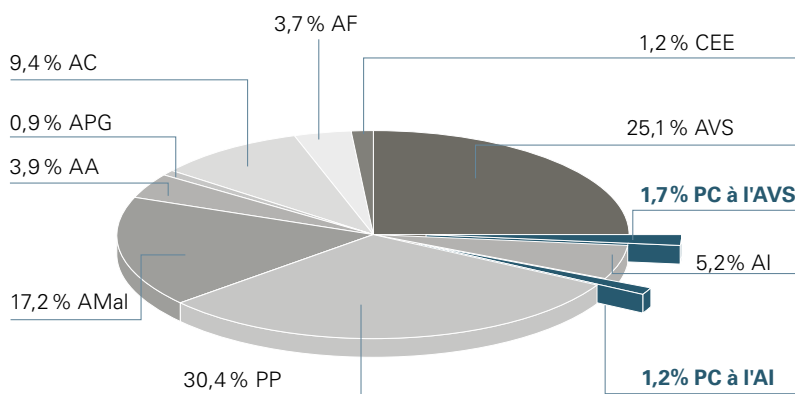
PC Prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI

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, sauf pour les PC à l'AVS, qui ont même baissé en 2021.

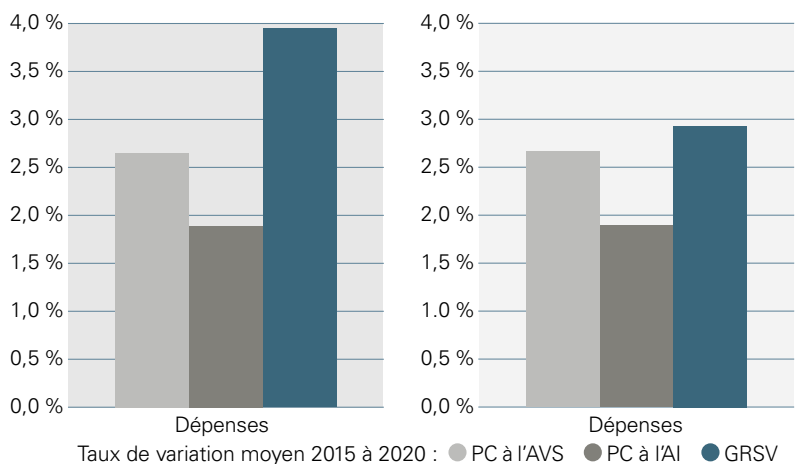
4 Les PC dans le CGAS 2020



Dépenses 2020 : 182,3 mia fr.

Les PC à l'AVS représentent 1,7 % des dépenses de l'ensemble des assurances sociales, et les PC à l'AI 1,2%, ce qui les place à l'avant-dernier rang de ces assurances sur ce plan. 59,0 % des dépenses ici considérées sont utilisées pour payer les PC à l'AVS, 41,0 % sont destinées aux PC à l'AI.

5 Evolution des PC par rapport à celle du CGAS



Recettes de 2015 à 2020 : Les recettes des PC à l'AVS et à l'AI ont augmenté plus faiblement que celles du CGAS.

Dépenses de 2015 à 2020 : Le taux de croissance des dépenses au titre des PC à l'AVS et des PC à l'AI était inférieur à celui des dépenses du CGAS. Les taux de croissance élevés du CGAS sont dus aux mesures prises dans le contexte de la pandémie de COVID-19.

Source : SAS 2022 (parution automne 2022), OFAS, et www.ofas.admin.ch

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

Finances

Finances des PC en 2021, en millions de francs

Canton	Dépenses			Variation 2020/2021	Subvention fédérale		
	au titre des PC	PC à l'AVS	PC à l'AI		Total	PC à l'AVS	PC à l'AI
Total	5'442,8	3'160,6	2'282,2	1,4%	1'772,2	923,4	848,8
Zurich	942,0	552,0	390,0	1,9%	274,0	142,8	131,2
Berne	756,6	490,7	265,9	-0,1%	230,3	132,3	98,0
Lucerne	277,5	172,5	104,9	3,0%	81,5	46,5	35,0
Uri	15,6	9,8	5,8	-0,8%	4,2	2,4	1,8
Schwyz	61,7	41,8	19,9	-19,9%	19,3	11,4	7,9
Obwald	16,1	11,1	5,0	-3,4%	4,8	2,8	2,0
Nidwald	14,5	9,8	4,7	0,1%	4,1	2,5	1,7
Glaris	24,3	13,3	11,1	9,0%	8,0	4,0	4,0
Zoug	49,9	27,7	22,2	-0,7%	13,6	7,4	6,2
Fribourg	161,5	93,2	68,3	-1,7%	59,3	31,1	28,2
Soleure	255,0	111,5	143,5	2,0%	59,5	27,9	31,6
Bâle-Ville	239,7	135,6	104,1	0,7%	89,2	41,1	48,2
Bâle-Campagne	165,6	89,7	75,9	-1,1%	58,2	25,3	32,8
Schaffhouse	44,9	25,5	19,4	4,0%	15,5	7,7	7,7
Appenzell AR	29,4	17,1	12,2	1,0%	9,0	4,5	4,5
Appenzell AI	5,0	3,3	1,7	-4,7%	1,3	0,8	0,5
Saint-Gall	333,7	193,4	140,3	0,5%	103,9	52,7	51,1
Grisons	98,9	63,7	35,2	1,9%	28,3	14,8	13,5
Argovie	281,3	164,0	117,3	3,3%	98,8	50,1	48,7
Thurgovie	125,3	70,2	55,1	1,1%	42,6	21,8	20,8
Tessin	231,3	134,2	97,1	6,3%	123,3	71,0	52,3
Vaud	611,2	326,1	285,1	1,9%	200,3	95,7	104,5
Valais	115,3	56,2	59,2	6,8%	48,4	23,4	25,0
Neuchâtel	126,8	71,9	54,9	5,4%	49,4	25,8	23,6
Genève	407,5	243,5	163,9	2,5%	129,7	69,3	60,4
Jura	52,1	32,6	19,4	-2,5%	15,7	8,3	7,5

Source : SAS 2022 (parution fin 2022), 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 2021, soit 5442,8 millions de francs, la Confédération a pris en charge 1772,2 millions (32,6 %) et les cantons, 3670,6 millions (67,4 %). Sur le total des dépenses des PC à l'AVS, 923,4 millions de francs ont été à la charge de la Confédération et 2237,2, à celle des cantons. Pour ce qui est des PC à l'AI, la répartition a été la suivante : 848,8 millions de francs à la charge de la Confédération et 1433,4, à celle des cantons. Enfin, en ce qui concerne les frais d'administration, la Confédération a versé au total 38,3 millions de francs.

Réformes

Réforme des PC

Une révision complète de la loi sur les prestations complémentaires (réforme des PC) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2021. Elle 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. Autre élément nouveau, les PC légalement perçues doivent désormais, sous certaines conditions, être restituées à la charge de la succession après le décès du bénéficiaire de PC.

Logement protégé

Le 12 décembre 2019, le Parlement a adopté la motion « Prestations complémentaires pour les personnes âgées en logement protégé » (18.3716) de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique. La motion charge le Conseil fédéral de soumettre au Parlement une modification de la loi de sorte que les personnes âgées concernées puissent obtenir des prestations complémentaires à l'AVS pour financer leur séjour dans un logement protégé, afin de pouvoir retarder, voire éviter, leur entrée en établissement médico-social (EMS). Un projet de loi correspondant devrait être mis en consultation à l'automne 2022.

PP Prévoyance professionnelle

Dernières données disponibles : 2020

1 Chiffres clés actuels de la PP

Recettes (résultat d'exploitation) 2020	115'875 mio de fr.
Dépenses 2020	55'781 mio de fr.
Résultat 2020	60'095 mio de fr.
Compte de capital 2020	1'064'590 mio de fr.

Prestations (partie obligatoire)	2021	2022
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 2020	
Rentes de vieillesse	842'357
Rentes d'invalidité	111'975
Rentes de veuve/veuf	194'113
Rentes d'enfants/orphelins	57'820

Le résultat d'exploitation, y compris les variations de valeur du capital de 33,8 milliards de francs, s'est élevé à 60,1 milliards de francs.

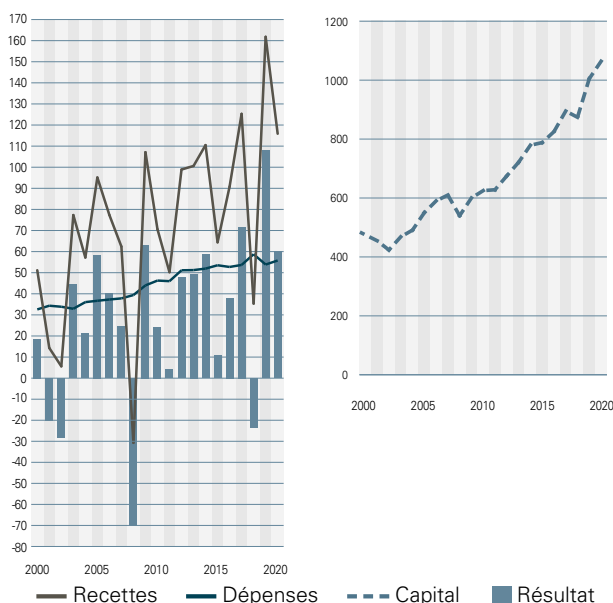
Évolution en 2020

Les recettes ont enregistré une évolution négative de 28,4 %, tandis que les dépenses ont progressé de 3,5 %. Par conséquent, le résultat d'exploitation de la PP a baissé de 47,9 milliards de francs pour tomber à 60,1 milliards de francs.

Du côté des recettes, les variations de valeur du capital ont connu une baisse de 60,6 % pour s'établir à 33,8 milliards de francs. La composante majeure des recettes, à savoir les cotisations des assurés et des employeurs, a progressé de 1,5 %, soit à un rythme modéré. La hausse des dépenses résulte de l'augmentation de 72,2 % des prestations de libre passage. Les prestations sociales se sont accrues de 4,3 %, soit un peu plus que les années précédentes.

Le capital financier de la PP a augmenté de 5,9 % et s'élevait ainsi à 1064,6 milliards de francs fin 2020.

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



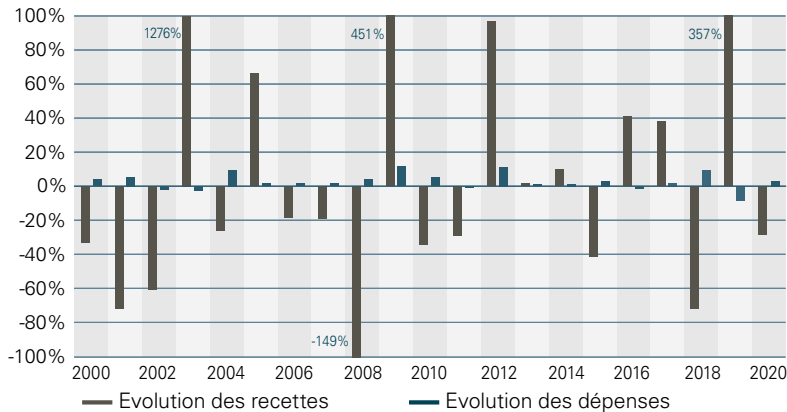
En 2020, des gains de valeur en capital de 33,8 milliards de francs, soit une valeur nettement inférieure à celle de 2019, ont entraîné une baisse des recettes de 28,4 % à 115,9 milliards de francs. Les dépenses ont augmenté à 55,8 milliards de francs en raison de prestations de libre passage plus élevées, ce qui a conduit à un résultat d'exploitation de 60,1 milliards de francs. Des pertes de valeur du capital avaient été enregistrées en 2018 et avaient conduit à un résultat d'exploitation négatif.

Rapporté au PIB, le capital des institutions de prévoyance a atteint en 2020 son plus haut niveau avec 150,7 %.

La comparaison des rentes et du produit du capital montre que ce dernier constitue une part toujours plus faible du financement : il couvrait 81,8 % des rentes et des prestations en capital en 2000, contre 35,8 % seulement en 2020.

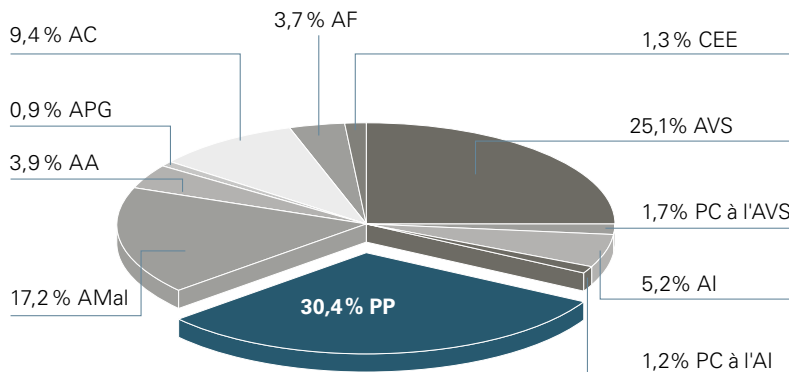
Dernières données disponibles : 2020

3 Evolution des recettes et des dépenses de la PP



En 2020, les recettes (résultat d'exploitation) ont diminué de 28,4 %, tandis que les dépenses ont augmenté de 3,5 %. Le résultat d'exploitation a ainsi reculé, passant de 108,0 à 60,1 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.

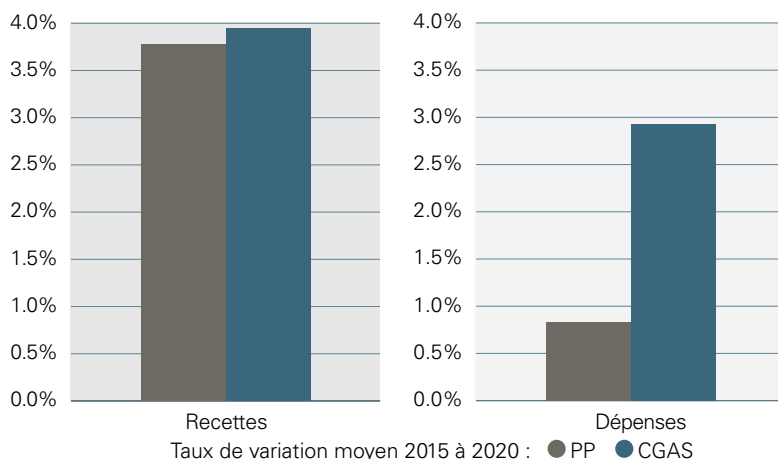
4 La PP dans le CGAS 2020



Dépenses 2020 : 182,3 mia fr.

Mesurée à l'aune des dépenses, la PP représente l'assurance sociale la plus importante, avec 30,4 %. Les dépenses ont été affectées pour 56,5 % au versement des rentes et pour 19,6 % aux prestations en capital.

5 Evolution de la PP par rapport à celle du CGAS



Recettes de 2015 à 2020 : Le taux de croissance moyen des recettes de la PP (3,8 %) a été inférieur à celui des recettes du CGAS (4,0 %).

Dépenses de 2015 à 2020 : Les dépenses de la PP constituent la plus grande composante de celles du CGAS. Elles ont augmenté en moyenne de 0,8 %, soit moins que celles du CGAS (2,9 %). Par conséquent, la part de la PP dans les dépenses de l'ensemble des assurances sociales a diminué.

Les taux de croissance élevés du CGAS sont dus aux mesures prises dans le contexte de la pandémie de COVID-19.

Source : SAS 2022 (parution automne 2022), OFAS, et www.ofas.admin.ch

PP Prévoyance professionnelle

Finances

Finances agrégées 2020 de la PP¹, régime surobligatoire inclus, en millions de francs

	2020	Variation 2019/2020
Salariés	21'061	1,4%
Employeurs	30'338	1,5%
Versements initiaux (hors prestations de libre passage)	15'306	73,8%
Autres recettes	175	-36,0%
Recettes (résultat de répartition)	66'880	12,0%
Produit du capital	15'192	-6,4%
Recettes (résultat selon le CGAS)	82'073	8,0%
Variation de valeur du capital	33'803	-60,6%
Recettes (résultat d'exploitation)	115'875	-28,4%
Rentes	31'515	2,3%
Prestations en capital	10'949	10,4%
Versements en espèces	666	-8,5%
Prestations de libre passage, nettes	7'872	72,2%
Paiements nets à des assurances	-1'802	-212,2%
Intérêts passifs	795	14,0%
Dépenses administratives (y c. gestion de fortune)	5'787	4,2%
Dépenses	55'781	3,5%
Résultat de répartition	11'100	89,6%
Résultat selon le CGAS	26'292	19,0%
Résultat d'exploitation	60'095	-44,3%
Autres variations du capital	-826	-103,5%
Capital (apuré des crédits et des hypothèques passives)	1'064'590	5,9%

¹ Estimation de l'OFAS, basée sur la statistique des caisses de pensions de l'OFS.
Source : SAS 2022 (parution fin 2022), OFAS et www.ofas.admin.ch

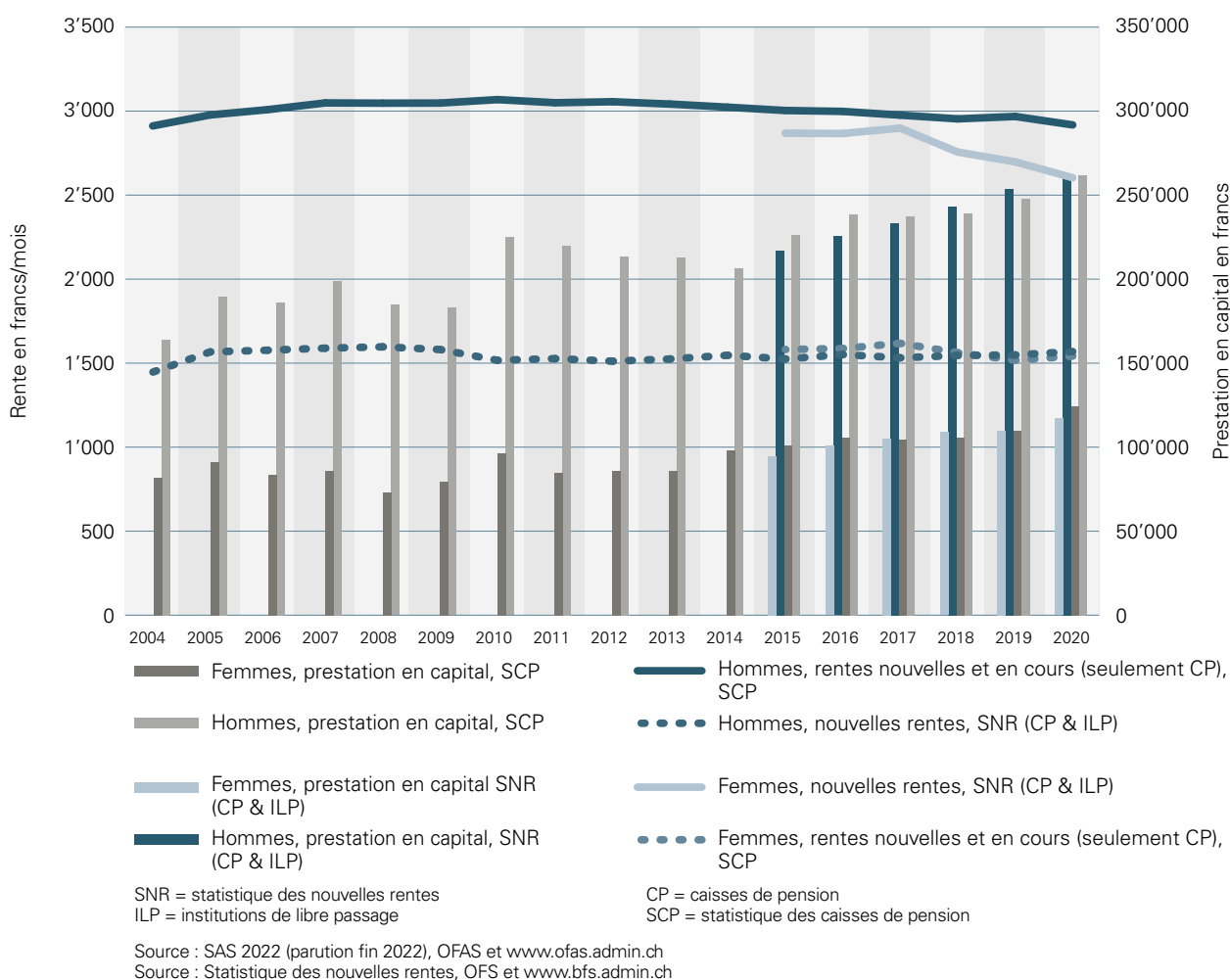
Une estimation financière condensée de la PP a été réalisée dans le cadre du CGAS de l'OFAS. Les données proviennent de la statistique annuelle des caisses de pension de l'OFS. La variation de fortune de 59,3 milliards de francs en 2020 découle du résultat d'exploitation (60,1 milliards de francs) et d'autres variations du capital (-0,8 milliard de francs). Le capital financier constitué dans le cadre de la PP comprend les 1064,6 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 186,2 milliards de francs. Ce chiffre

englobe les polices de libre passage, d'un montant de 6,3 milliards de francs. S'ajoutent encore à cela le capital financier qui repose sur les comptes de libre passage (50,7 milliards de francs), les moyens investis dans le cadre de l'encouragement à la propriété du logement (47,4 milliards de francs) et les réserves du Fonds de garantie (1,3 milliard de francs). Fin 2020, le capital constitué dans le cadre de la PP totalisait ainsi 1350,3 milliards de francs.

Évolution des rentes

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

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



Selon la statistique des nouvelles rentes, 66 909 personnes, dont 42 % de femmes et 58 % d'hommes, ont bénéficié en 2020 d'une prestation en capital et/ou d'une nouvelle rente de retraite. 46 % de ces bénéficiaires ont perçu la totalité de leur prestation sous forme de rente et 34 % sous forme de capital. Les 20 % restants ont bénéficié d'une combinaison rente / capital. Au total, 44 315 personnes, dont 42 % de femmes et 58 % d'hommes, ont perçu une rente pour

la première fois en 2020. La rente mensuelle moyenne était de 2156 francs (1543 francs pour les femmes et 2600 francs pour les hommes), contre 2206 francs en 2019 (femmes : 1519 francs, hommes : 2694 francs), pour un total de 42 869 personnes. En 2020, 58 917 personnes, dont 43 % de femmes et 57 % d'hommes, ont bénéficié d'un capital-retraite de leur institution de prévoyance ou de libre passage, avec un capital moyen

PP Prévoyance professionnelle

de 198 933 francs (femmes : 117 022 francs, hommes : 261 146 francs). En 2019, 55 656 personnes ont perçu une prestation en capital, avec un montant moyen de 192 535 francs (femmes : 109 658 francs, hommes : 253 734 francs).

La statistique des caisses de pensions, plus ancienne, recense toutes les personnes qui touchent des prestations, y compris les personnes qui perçoivent une rente depuis plusieurs années. Selon cette statistique, à fin 2020 il y avait 1 206 497 bénéficiaires de rentes avec une rente mensuelle moyenne de 2088 francs (fin 2019 : 1 182 464 bénéficiaires avec une rente mensuelle moyenne de 2103 francs). Cette statistique fait état de 52 405 personnes ayant perçu un capital-retraite en 2020 (2019 : 51 028) avec un capital-retraite moyen de 207 611 francs (2019 : 192 157 francs).

Les deux statistiques font ressortir un léger fléchissement du montant des rentes moyennes entre 2019 et 2020 et une légère augmentation du nombre de bénéficiaires d'un capital-retraite.

Réformes et perspectives

Taux d'intérêt minimal

Le 3 novembre 2021, le Conseil fédéral a procédé à l'examen du taux d'intérêt minimal applicable dans la prévoyance professionnelle et a décidé de le maintenir à 1 %. Pour définir ce taux, il faut, en vertu des dispositions légales, tenir compte avant tout du rendement des obligations de la Confédération et de celui des actions, des autres obligations et de l'immobilier. Étant donné l'évolution très favorable dans l'ensemble des marchés financiers en 2020 et pendant le premier semestre 2021, une baisse du taux d'intérêt minimal n'aurait pas été justifiée. Dans le même temps, le niveau toujours très bas des taux d'intérêt ne plaide pas en faveur d'un relèvement.

Réforme LPP 21

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. Le Conseil national a traité le projet les 7 et 8 décembre 2021 et l'a transmis au Conseil des États. En janvier 2022, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des États (CSSS-E) a décidé à l'unanimité d'entrer 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 renforcer le financement et d'améliorer la couverture des personnes travaillant à temps partiel et des salariés au service de plusieurs employeurs. Le Conseil national a adopté en première lecture les éléments suivants ; les recommandations de la CSSS-E qui s'en écartent sont, le cas échéant, indiquées :

- **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 %. La CSSS-E se rallie à cette position.
- **Introduction d'une augmentation de rente** : pour compenser la baisse de rentes découlant de l'abaissement du taux de conversion, les futurs bénéficiaires de rentes de vieillesse avec des prestations proches ou égales au minimum LPP seraient mis au bénéfice d'une augmentation à vie de leur rente. L'augmentation serait déterminée en tenant compte des prestations de chaque institution de prévoyance, selon le principe de l'imputation. Elle serait de 200 francs au maximum par mois pour les as-

surés qui atteindront l'âge de la retraite dans les cinq premières années suivant l'entrée en vigueur de la réforme, de 150 francs au maximum pour ceux qui atteindront cet âge dans les cinq années suivantes et de 100 francs au maximum pour ceux qui l'atteindront pendant la troisième tranche de cinq ans. L'augmentation serait partiellement financée par le Fonds de garantie, les institutions de prévoyance concernées devant prendre à leur charge une partie des coûts. S'écartant de la proposition du Conseil national, la CSSS-E recommande la compensation suivante pour les assurés dont le revenu ne dépasse pas 100 380 francs : 200 francs par mois pour les cinq premières cohortes, 150 francs, pour les cinq cohortes suivantes, 100 francs pour les assurés de la onzième à la quinzième cohorte et 50 francs pour ceux de la seizième à la vingtième cohorte. Pour les assurés dont le revenu se situe entre 100 380 et 143 400 francs, le supplément octroyé suivrait un barème dégressif.

- **Diminution de la déduction de coordination de 25 095 à 12 548 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 ou de salariés au service de plusieurs employeurs, bénéficieront d'une meilleure protection sociale contre la vieillesse et l'invalidité. La CSSS-E recommande une déduction de coordination à hauteur de 15 % du salaire soumis à l'AVS.
- **Abaissement du seuil d'accès de 21 150 à 12 548 francs** : Grâce à l'abaissement du seuil d'accès, davantage de salariés seront assurés dans la prévoyance professionnelle. Nombre de personnes qui travaillent à temps partiel ou pour plusieurs employeurs et qui n'atteignent pas le seuil d'accès actuel – une situation qui concerne plus particulièrement les femmes – seront à l'avenir obligatoirement assurées dans

la prévoyance professionnelle et bénéficieront ainsi d'une couverture d'assurance en cas de vieillesse et d'invalidité. La CSSS-E recommande de fixer le seuil d'accès à 17 208 francs.

- **Abaissement de l'âge d'entrée de 25 à 20 ans** : Les salariés doivent commencer à épargner pour leur retraite dès l'âge de 20 ans. La CSSS-E s'oppose à l'abaissement de l'âge de référence pour le prélèvement des cotisations.
- **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 %.

Modernisation de la surveillance

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

AVS 21

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

Développement continu de l'AI

Dans le cadre de la réforme du Développement continu de l'AI, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022, le système de rentes linéaire a été repris dans la prévoyance professionnelle obligatoire, ce qui impliquait d'adapter certaines dispositions d'exécution. Ainsi, la disposition de l'art. 4 OPP 2 concernant le salaire coordonné des assurés partiellement invalides a dû être adaptée (réduction des montants-limites proportionnellement au système de rentes linéaire). La séparation des avoirs de vieillesse actifs et passifs prévue à l'art. 15 OPP 2 a également été modifiée pour tenir compte du nouveau système de rentes. En outre, une modification de l'art. 3, al. 1, de l'ordonnance sur la prévoyance professionnelle obligatoire des chômeurs était nécessaire.

AMal Assurance-maladie¹

Dernières données disponibles : 2020

1 Chiffres clés actuels de l'AMal

Recettes (résultat d'exploitation) 2020	32'553 mio de fr.
Dépenses 2020	31'591 mio de fr.
Résultat d'exploitation 2020	962 mio de fr.
Réserves (capital-actions compris) 2020	10'955 mio de fr.

Primes 2022 (par mois)	
Prime moyenne AOS pour un adulte	315 fr.
Prime moyenne cantonale pour adulte la plus basse / la plus élevée	259 fr. à 478 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
--	-----------------------

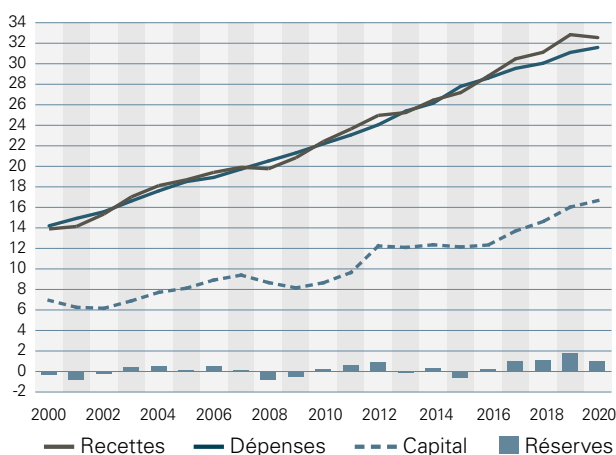
Les comptes 2020 de l'AMal se soldent par un résultat d'exploitation positif de 962 millions de francs.

Évolution en 2020

En 2020, malgré le recul des recettes (-0,9 %) et l'augmentation des dépenses (1,6 %), le résultat d'exploitation, qui s'élève à 962 millions de francs, s'est de nouveau avéré positif. La prime moyenne a modérément augmenté et le produit du capital a baissé de 89,0 %. Côté dépenses, les prestations payées ont seulement progressé de 1,3 %. Les dépenses ont été affectées à des prestations d'assurance sociale à raison de 94,0 %.

Depuis la révision de l'assurance-maladie en 1996, l'attention se focalise sur les primes. En 2022, la prime moyenne a baissé pour la première fois depuis 2008, et ce de 0,2 %. Cette diminution s'explique par le fait que les assureurs ont volontairement diminué leurs réserves. De 1996 à 2022, la variation annuelle a été de 3,5 % en moyenne.

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



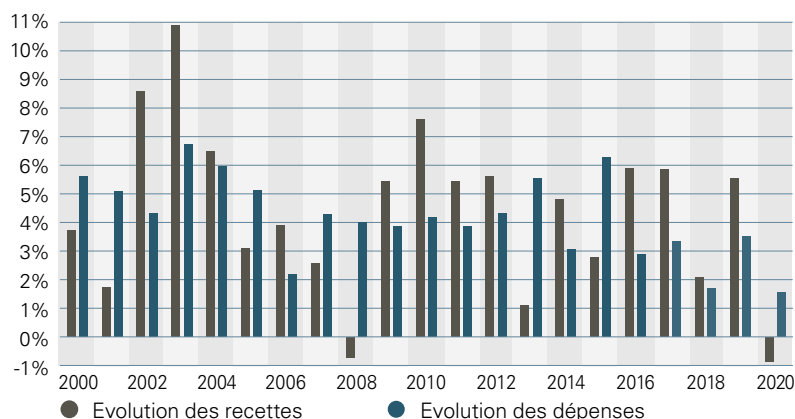
Le fait que les recettes et les dépenses de l'AMal suivent une courbe presque identique reflète le mode de financement de l'assurance (par répartition).

En 2020, 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 a atteint 16,7 milliards de francs.

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

Dernières données disponibles : 2020

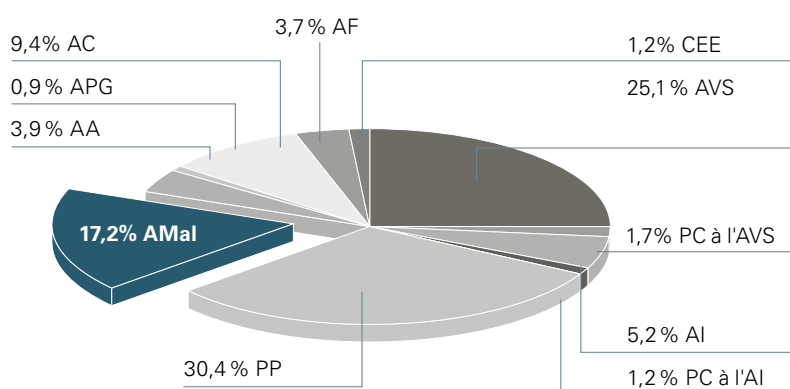
3 Evolution des recettes et des dépenses de l'AMal



Malgré la variation de valeur positive du capital en 2020 (118,4 %), la baisse du produit du capital (-89,0 %) s'est traduite par un recul des recettes de 0,9 %.

L'augmentation des dépenses a été de 1,6 % en 2020, valeur inférieure à la moyenne depuis l'instauration de l'assurance-maladie obligatoire, alors que la troisième valeur la plus haute avait été enregistrée en 2015 avec 6,3 %.

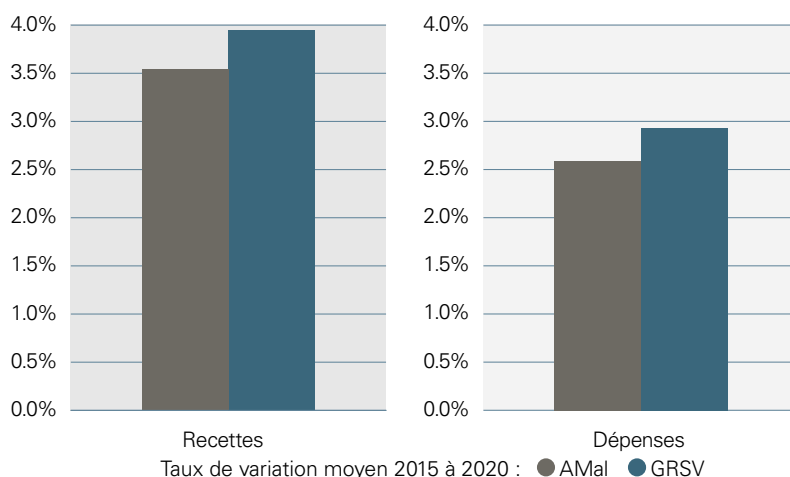
4 L'AMal dans le CGAS 2019



Dépenses 2020 : 182,3 mia fr.

Dépenses 2020 : 182,3 mia fr. À l'aune des dépenses, l'AMal vient en troisième position des assurances sociales, avec 17,2 %. Les dépenses ont été affectées à des prestations d'assurance sociale à raison de 94,0 %.

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



Recettes de 2015 à 2020 : Le taux de croissance des recettes de l'AMal (3,5 %) a été inférieur à celui des recettes du CGAS (4,0 %). 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 2,6 %, a été inférieur à celui des dépenses du CGAS (2,9 %).

Les mesures COVID-19 ont entraîné les taux de croissance élevés du CGAS.

Source : SAS 2022 (parution automne 2022), OFAS, et www.ofas.admin.ch

AMal Assurance-maladie

Finances

Finances agrégées de l'AMal en 2020, en millions de francs

	2020	Variation 2019/2020
Primes à recevoir	32'448	0,9 %
Remises sur les primes	-148	0,0 %
Réduction des primes	-5'465	-5,2 %
Parts des primes des réassureurs	-46	55,5 %
Contributions de la Confédération et des cantons	5'465	5,2 %
Résultat non technique ¹ et autres contributions	-53	18,7 %
Recettes (résultat de répartition)	32'201	1,1 %
Produit du capital	200	-89,0 %
Recettes (résultat selon le CGAS)	32'401	-3,8 %
Variation de valeur du capital	152	118,4 %
Recettes (résultat d'exploitation)	32'553	-0,9 %
Prestations payées	29'796	1,1 %
Part des prestations des réassureurs, autres charges d'assurance ¹	56	123,6 %
Variation des provisions pour correction des primes	-	-
Compensation des risques	188	50,8 %
Compensation des primes encaissées en trop	110	-39,2 %
Variation des provisions pour cas d'assurance non liquidés	-141	21,7 %
Frais d'administration ²	1'582	7,5 %
Dépenses	31'591	1,6 %
Résultat de répartition	609	-17,7 %
Résultat selon le CGAS	810	-68,4 %
Résultat d'exploitation	962	-44,5 %
Capital	16'659	3,9 %
dont réserves (capital-actions compris)	10'955	9,6 %

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

2 Amortissements compris.

Source : SAS 2022 (parution fin 2022), OFAS et www.ofas.admin.ch

Chiffres relatifs à la structure de l'AMal

	2019	2020
Assureurs LAMal (proposant l'AOS)	51	51
Nombre d'assurés	8'564'195	8'623'451
– avec franchise ordinaire	1'424'159	1'364'073
– avec franchise à option	852'937	798'642
– avec assurance avec bonus	3'630	3'496
– avec choix limité des fournisseurs de prestations	6'283'469	6'457'240
Nombre d'assurés mis aux poursuites	412'434	393'935
– pour des primes d'un montant total de (en mio fr.)	871	872
Nombre d'assurés sanctionnés par une suspension des prestations	33'195	29'418
– pour des primes d'un montant total de (en mio fr.)	86	75
Nombre d'assurés au bénéfice d'une réduction de primes	2'317'981	2'317'507
Montant total des réductions de primes (en mio fr.)	5'195	5'465

Source : OFSP, Statistique de l'assurance-maladie obligatoire
* 2019 : révisé dans STAT AMAL 2020

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 ». Ces mesures ont été réparties dans deux puis trois volets législatifs. Le message concernant la modification de la LAMal 1^{er} volet (FF 2019 5765) a été soumis le 21 août 2019 au Parlement, qui a décidé de le scinder en deux nouveaux volets (1a et 1b), avant d'adopter le volet 1a au vote final le 18 juin 2021. Ce projet prévoit d'autoriser des projets pilotes, concrétisant ainsi l'une des principales mesures proposées par le groupe d'experts. Il revient au Conseil fédéral d'en fixer l'entrée en vigueur. Une partie des mesures n'impose que des adaptations minimales, voire aucune, au niveau de l'OAMal. Il s'agit des dispositions relatives à la copie de la facture pour les assurés (mesure du DFI),

à l'organisation tarifaire nationale, y compris un délai transitoire (mesure reprise du rapport d'experts, M34), et à l'indication du montant maximal de l'amende (mesure du DFI). Ces mesures sont entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2022. Les trois autres mesures, qui appellent une adaptation de fond de l'OAMal, devraient entrer en vigueur le 1^{er} janvier 2023. Il s'agit de la transmission des données dans le domaine des tarifs des traitements ambulatoires (M25), de l'article sur les projets pilotes (M02) et des dispositions transitoires concernant les forfaits (M15).

Actuellement soumis aux débats parlementaires, le volet 1b contient des mesures sur l'introduction d'un système de montant fixe / de prix de référence pour les médicaments (M22), sur la gestion des coûts par les partenaires tarifaires (mesure du DFI, lv. pa. 17.402) et sur le droit de recours des assureurs contre les décisions des gouvernements

AMal Assurance-maladie

cantonaux concernant la planification et la liste des hôpitaux, des maisons de naissance et des établissements médico-sociaux (EMS) (mesure du DFI). Un second volet législatif 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) ». Sur mandat du Conseil fédéral, le DFI a mis ce 2^e volet en consultation, procédure qui a duré du 19 août au 19 novembre 2020. Se fondant sur les résultats de la consultation, le Conseil fédéral a décidé, le 28 avril 2021, d'extraire l'objectif de maîtrise des coûts du deuxième volet de mesures pour l'utiliser comme unique contre-projet indirect et de soumettre les autres mesures au Parlement à une date ultérieure. Il a adopté le message relatif à l'initiative populaire « Pour des primes plus basses. Frein aux coûts dans le système de santé (initiative pour un frein aux coûts) » et au contre-projet indirect (modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie [mesures visant à freiner la hausse des coûts – objectifs en matière de coûts]) le 10 novembre 2021.

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

Le 3 décembre 2021, le Conseil fédéral a adopté la version 11.0 de la structure tarifaire applicable au secteur stationnaire des soins somatiques aigus (SwissDRG), la version 4.0 de la structure tarifaire TARPSY ainsi que la première version de la structure tarifaire valable pour le secteur stationnaire de la réadaptation (ST Reha).

En plus des chiffres-clés des hôpitaux et des EMS ainsi que des indicateurs de qualité des hôpitaux de soins aigus déjà publiés aujourd'hui, les coûts par

cas des hôpitaux, ajustés selon le degré de gravité, ont également été publiés.

En modifiant l'OAMal le 23 juin 2021, le Conseil fédéral a précisé les critères de planification dans le but de réduire les écarts entre les concepts de planification des cantons et de favoriser une allocation efficiente des ressources. La révision de l'OAMal est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022. Tous les cantons doivent procéder à la planification en se basant sur les outils et principes actuels et ainsi satisfaire, partout en Suisse, aux conditions d'économicité et de qualité de la fourniture des prestations, dans le but de réduire les écarts entre leurs concepts de planification respectifs et de favoriser une allocation efficiente des ressources. En outre, le texte prévoit que les mandats de prestations des hôpitaux contiennent, à titre de charge, l'interdiction des systèmes d'incitations économiques entraînant une augmentation du volume des prestations médicalement injustifiées à la charge de l'AOS ou permettant de contourner l'obligation d'admission au sens de l'art. 41a LAMal. La question de la détermination de principes de calcul des tarifs reste ouverte ; elle sera réexaminée de manière approfondie après la consultation.

Rémunération du matériel de soins

Le 4 juin 2021, le Conseil fédéral a fixé au 1^{er} octobre 2021 la date de l'entrée en vigueur de la modification du 18 décembre 2020 de la LAMal (art. 25a, al. 1 et 2, et 52, al. 1, let. a, ch. 3, LAMal) relative à la rémunération uniforme du matériel de soins. Cette réforme prévoit que les assureurs-maladie assument le financement du matériel de soins indépendamment du fait qu'il soit utilisé par l'assuré lui-même, avec l'aide d'un intervenant non professionnel ou par le personnel infirmier. Un délai transitoire de douze mois s'applique au matériel exclusivement utilisé par le personnel infirmier. Durant cette période, la rémunération des moyens et appareils restera régie par l'ancien droit et donc

à la charge de l'AOS, des assurés et des cantons. La liste du matériel utilisé exclusivement par le personnel infirmier sera élaborée au fur et à mesure : les demandes d'admission de moyens et appareils doivent être soumises à l'OFSP et, après consultation Commission fédérale des analyses, moyens et appareils (CFAMA), l'admission est décidée par le Département fédéral de l'intérieur (DFI).

Admission des fournisseurs de prestations dans le secteur ambulatoire

Le nombre de médecins et autres fournisseurs de prestations tend à augmenter et avec lui, le nombre de consultations par personne et les coûts à la charge de l'AOS. Afin de contenir ce phénomène, il convient de mettre en place un mécanisme de gestion des admissions à pratiquer. Le 19 juin 2020, le Parlement a ainsi adopté la modification de la LAMal relative à l'admission des fournisseurs de prestations. D'une part, cette modification renforce les exigences de qualité et d'économicité que doivent remplir les fournisseurs de prestations pour être admis à pratiquer à la charge de l'AOS. D'autre part, elle met à disposition des cantons un instrument efficace de contrôle de l'offre de prestations.

La révision prévoit une procédure formelle d'admission dans le secteur ambulatoire. Ainsi, les fournisseurs de prestations dans ce secteur ne peuvent pratiquer à la charge de l'AOS que s'ils sont admis par le canton sur le territoire duquel ils exercent leur activité (art. 36 LAMal). Le Conseil fédéral a fixé les conditions d'admission qui portent sur la formation de base, la formation postgrade et les exigences nécessaires pour assurer la qualité des prestations (art. 39 ss OAMal). Les médecins sont soumis à des conditions particulières (art. 37 LAMal et art. 38 OAMal) : ils doivent avoir travaillé pendant au moins trois ans dans un établissement suisse reconnu de formation postgrade, dans le domaine de spécialité faisant l'objet de la demande d'admission ; ils disposent des compétences linguistiques nécessaires

dans la région dans laquelle ils exercent, compétences sanctionnées par un test de langue passé en Suisse et ils doivent s'affilier à une communauté ou à une communauté de référence certifiée en lien avec le dossier électronique du patient.

En outre, le législateur a créé une solution pérenne pour limiter le nombre de médecins (art. 55a LAMal). Cette disposition remplace l'ancienne limitation, prolongée à maintes reprises et qui était arrivée à échéance le 30 juin 2021. Désormais, les cantons sont tenus de limiter, dans un ou plusieurs domaines de spécialité ou dans certaines régions, le nombre de médecins qui fournissent des prestations ambulatoires à la charge de l'AOS.

Le 23 juin 2021, le Conseil fédéral a édicté le droit d'exécution. L'art. 55a LAMal et l'ordonnance sur la fixation de nombres maximaux de médecins qui fournissent des prestations ambulatoires sont en vigueur depuis le 1^{er} juillet 2021. Cette nouvelle ordonnance définit les critères et les principes méthodologiques pour fixer les nombres maximaux de médecins. Les art. 36 ss LAMal sur l'admission des fournisseurs de prestations et les modifications correspondantes de l'OAMal et de l'OPAS sont entrés en vigueur le 1^{er} janvier 2022.

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

Le Conseil fédéral a adapté la structure tarifaire des prestations médicales TARMED au 1^{er} janvier 2018, la rendant plus appropriée, corrigeant les prestations surévaluées et augmentant la transparence. Depuis 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. 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 un échec des

AMal Assurance-maladie

négociations tarifaires, ce domaine ne se retrouve sans structure tarifaire convenue le 1^{er} janvier 2018. Il s'agit de solutions transitoires dans les deux cas. L'OFSP rencontre régulièrement les partenaires tarifaires. Le Conseil fédéral a étudié la nouvelle structure tarifaire soumise par une partie de ces derniers (TARDOC) ainsi que les tarifs forfaitaires proposés par d'autres pour les traitements ambulatoires. Le 30 juin 2021, il a constaté qu'il ne pouvait pas approuver la version de TARDOC en l'état et l'a retournée aux partenaires tarifaires en les priant de la remanier ensemble, en même temps que la structure des tarifs forfaitaires.

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 est entrée en vigueur le 1^{er} avril 2021.

La révision partielle de la LAMal contient de nouveaux instruments servant à concrétiser et à mettre en œuvre les objectifs du Conseil fédéral. Elle permet au Conseil fédéral d'instituer la Commission fédérale pour la qualité (CFQ), qui soutient le Conseil fédéral dans le développement de la qualité, conseille les différents acteurs sur la coordination des mesures de développement de la qualité et émet des recommandations ciblées, charge des tiers de réaliser des programmes nationaux de développement de la qualité et soutient des projets nationaux ou régionaux en la matière. Les fédérations des fournisseurs de prestations et des assureurs doivent conclure des conventions relatives au développement de la qualité contraignantes pour les fournisseurs de prestations et valables pour l'ensemble du territoire suisse.

Le 11 mars 2022, le Conseil fédéral a adopté la stratégie pour le développement de la qualité dans l'assurance-maladie (Stratégie qualité). Cette stratégie développe et actualise la Stratégie en matière de qualité, adoptée en 2009 par le Conseil fédéral, ain-

si que sa mise en œuvre dans le rapport du 25 mai 2011. C'est sur cette base qu'ont ensuite été définis les objectifs quadriennaux du Conseil fédéral et les objectifs annuels 2022 de la CFQ pour le développement de la qualité.

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. Le 26 septembre 2019, le Conseil national a donné son aval au projet de modification de la LAMal.

Le projet prévoit un financement uniforme des prestations LAMal, à l'exception des prestations de soins fournies par les organisations d'aide et de soins à domicile ou les EMS. 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 différents assureurs est effectuée par l'institution commune. Le pourcentage de la contribution cantonale a été fixé de façon à ce que le passage du système actuel (cofinancement par les cantons de 55 % des coûts des prestations stationnaires) à un financement uniforme soit neutre en termes de coûts autant pour les assureurs que pour les cantons. S'agissant des prestations de soins (soins à domicile, EMS), le système actuel fondé sur des contributions de l'AOS doit dans un premier temps être maintenu. Dès que les

bases nécessaires seront établies, les prestations de soins pourront également être intégrées dans le financement uniforme. Le 25 novembre 2020, le Conseil fédéral a adopté son rapport rédigé en réponse au postulat 19.3002 de la CSSS-N, intitulé « Soins et financement uniforme des prestations stationnaires et ambulatoires ».

La Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats (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 » (lv. pa. 09.528). Elle a chargé l'administration d'apporter tous les éclaircissements nécessaires afin de pouvoir s'appuyer sur des bases solides lors de son examen du projet. Le DFI et l'OFSP ont respectivement rédigé un rapport détaillé (l'un le 30.11.2020 et l'autre le 29.10.2021) sur mandat de la CSSS-E examinant des thèmes laissés en suspens par le Conseil national.

Transmission des données par les assureurs

Le 19 mars 2021, les Chambres fédérales ont adopté la loi fédérale sur la transmission de données par les assureurs dans l'assurance obligatoire des soins (FF 2021 664). Cette loi précise à quelles fins et sous quelle forme – agrégée ou par personne assurée – les assureurs doivent transmettre des données à l'OFSP. Les art. 21 LAMal et 35, al. 2, LSAMal ont notamment été révisés en conséquence. Depuis 2000, l'art. 28 OAMal fournit expressément à l'OFSP la base nécessaire pour collecter des données concernant les assurés. L'al. 1, pour l'essentiel inchangé depuis lors, décrit à quelles fins l'OFSP peut récupérer des données auprès des assureurs. L'art. 28, al. 3, OAMal, identique en substance depuis 2000 également, précise les données que les assureurs doivent transmettre à l'OFSP, chaque année et par personne assurée, sous forme anonymisée.

À la suite de l'adoption de la loi fédérale sur la transmission de données par les assureurs dans l'assurance obligatoire des soins, tant l'OAMal que l'OSAMal doivent être adaptées. Dans ce cadre, l'art. 28 OAMal est restructuré. En raison de la subdivision des art. 21 LAMal et 35, al. 2, LSAMal, l'OAMal et l'OSAMal doivent respectivement être complétées par les dispositions d'exécution correspondantes (voir également chap. Perspectives).

Concept 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.

Les principaux objectifs de la 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.

L'OFSP continue d'accompagner les mesures encore inachevées.

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 ». Le DFI (OFSP) est chargé 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.

Évaluation des technologies de la santé (ETS)

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 ETS se concentre sur la réévaluation et le 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 2021, six rapports ETS ont été publiés et quinze autres étaient en cours d'élaboration. Deux prestations examinées dans le cadre d'une ETS ont donné lieu à une réglementation en 2021 :

1. ETS « Autocontrôle de la glycémie chez les personnes atteintes de diabète sucré de type 2 non insulino-dépendant » : publication de la limitation, voir le site de l'OFSP (www.bag.admin.ch > Assurances > Assurances maladie > Prestations et tarifs > Liste des moyens et appareils), « Modifications » > « Versions antérieures des modifications de la LiMA » : « Liste des moyens et appareils, Modifications du 1^{er} janvier 2021, 1^{er} avril 2021 et 1^{er} juillet 2021 (PDF, 404 kB, 22.12.2020) »
2. ETS « Utilisation de glinides et de glitazones pour traiter le diabète sucré de type 2 » : publication de la limitation dans l'OFSP-Bulletin (<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/periodika/bag-bulletin.html>) no 20, édition du 17 mai 2021.

Mesures dans le domaine des médicaments

Depuis 2017, un tiers des médicaments figurant dans la liste des spécialités (LS) sont évalués chaque année (réexamen de toutes les conditions d'admission ainsi que de l'économicité fondé sur la comparaison des prix pratiqués à l'étranger et la comparaison thérapeutique). Les réexamens effectués entre 2017 et 2019 ont permis de réaliser des

économies en faveur de l'AOS à hauteur de plus de 450 millions de francs. Depuis 2020, les économies supplémentaires avoisinent les 160 millions de francs au moins.

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 obtiennent sur prescription médicale et qu'ils peuvent appliquer/utiliser par eux-mêmes. La modification de la LAMal du 18 décembre 2020 (art. 25a, al. 1 et 2, et 52, al. 1, let. a, ch. 3, LAMal ; FF 2020 9637) prévoit, depuis le 1^{er} octobre 2021, que l'AOS rémunère aussi, séparément conformément à la LiMA, les moyens et appareils utilisés par les fournisseurs de prestations (EMS, organisations d'aide et de soins à domicile, personnel infirmier) dans le cadre de prestations de soins dispensées sur prescription médicale conformément à l'art. 25a LAMal.

La LiMA n'ayant plus été revue systématiquement depuis plusieurs années, l'OFSP a lancé en décembre 2015 un projet de révision. Cette révision s'est achevée en décembre 2021, 98 % du volume des coûts ayant été examiné. La réduction des montants maximaux rémunérés (MMR) concernant en particulier les trois principales positions de la LiMA en termes de volumes de coûts (aides pour l'incontinence, réactifs pour détermination et indication de la glycémie et matériel de stomathérapie) a permis de réaliser un potentiel d'économie de quelque 40 millions de francs par an. Outre la révision complète de la LiMA, les bases de calcul du montant maximal de rémunération (achat et location) ont également été fixées dans le cadre du projet. La révision de la LiMA sera transformée en un examen périodique, cadre dans lequel les chapitres restants seront également révisés.

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. Après une révision totale entrée en vigueur au 1^{er} juillet 2009, et au regard des progrès rapides de la médecine de laboratoire, l'OFSP a engagé une nouvelle révision de LA (projet transAL) fin 2017, en étroite collaboration avec les parties prenantes. L'OFSP a décidé de la mener en deux phases. Dans un premier temps, la LA a été remaniée sur le fond. Cette phase s'est achevée par la publication de la nouvelle version restructurée de la LA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2021. Dans un second temps (projet transAL-2), les tarifs de l'ensemble des positions seront passés en revue. Bien que transAL-2 ait débuté fin 2020, toutes les questions de fond n'ont pas pu être éclaircies avec les acteurs concernés étant donné la forte implication de la section compétente de l'OFSP dans les travaux de lutte contre la pandémie de COVID-19. Cette deuxième phase devrait durer plusieurs années, car il est prévu que le DFI recalcule le tarif de chaque analyse.

Compensation des risques

Les progrès médicaux entraînent chaque année de nombreux changements dans la liste des spécialités (LS). Par conséquent, il est nécessaire d'adapter chaque année la liste des groupes de coûts pharmaceutiques (liste des PCG, **pharmaceutical cost groups**), annexe de l'OCOR-DFI, en fonction des médicaments admis dans la LS. La dernière modification a été adoptée le 25 février 2022 et est entrée en vigueur le 15 avril 2022.

Régions de primes : modifications au 1^{er} janvier 2022 suite à des fusions de communes

L'ordonnance du DFI du 25 novembre 2015 sur les régions de primes a été révisée en janvier 2022. 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 2021 ou au 1^{er} janvier 2022.

Régions de primes – modification des rabais maximaux

Le 15 mars 2022, le DFI a procédé à une révision totale de l'ordonnance sur les régions de primes. Depuis l'entrée en vigueur de la LSAMal, les différences de primes doivent correspondre aux différences de coûts entre les régions. Dans certains cantons, les rabais maximaux autorisés actuellement ne correspondent pas aux différences de coûts. Le DFI les a donc adaptés dans trois cantons : SG, LU et FR. L'ordonnance entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2023.

Modification de l'ordonnance de l'OFSP sur l'établissement des comptes et la présentation des rapports

Depuis le 1^{er} juin 2021, l'art. 50, al. 1, OSAMal prévoit que l'OFSP définit la version applicable des recommandations relatives à la présentation des comptes (dispositions RPC). Dorénavant, seule l'ordonnance de l'OFSP sur l'établissement des comptes et la présentation des rapports dans le domaine de l'assurance-maladie sociale sera modifiée en cas d'adaptation des dispositions RPC. L'art. 1 de l'ordonnance précitée a été ainsi modifié pour intégrer la nouvelle version des dispositions RPC datant du 1^{er} janvier 2020. Par ailleurs, le plan comptable, qui constitue l'annexe de cette ordonnance, a également fait l'objet d'adaptations formelles. Ces modifications sont entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2022.

Protection des données des patients et protection des assurés

En 2008, le postulat Heim (08.3493 « Protection des données des patients et protection des assu-

AMal Assurance-maladie

rés ») 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.

Entre le 4 décembre 2007 et le 16 juin 2009, l'OFSP et le Préposé fédéral à la protection des données et à la transparence (PFPDT) avaient mené une première enquête auprès de l'ensemble des assureurs-maladie concernant la protection des données. Ils ont constaté que la protection des données des patients était fondamentalement garantie, tout en relevant que des améliorations étaient néanmoins possibles dans certains domaines. Le rapport publié le 16 juin 2009 décrit les résultats de l'enquête et contient des recommandations. Entre 2011 et 2012 a suivi une deuxième vaste enquête, visant à déterminer si l'organisation et les processus des assureurs-maladie étaient conformes en matière de protection des données. Le Conseil fédéral s'est appuyé sur cette enquête et sur les activités des autorités de surveillance (OFSP et PFPDT) et a observé, dans son rapport du 18 décembre 2013, que la majorité des assureurs-maladie ont pris les dispositions nécessaires pour garantir la protection et la sécurité des données. Certaines questions restant en suspens, l'OFSP a été chargé d'élaborer prochainement un autre rapport.

La troisième enquête a permis de combler les lacunes constatées au niveau des formes particulières d'assurance. Les résultats montrent que l'ensemble des assureurs-maladie sont dotés d'une organisation conforme et que les mesures requises ont été prises pour garantir la protection des données y compris à ce niveau. À sa séance du 4 mars 2022, le Conseil fédéral a alors adopté le rapport complémentaire « Protection des données des patients et protection des assurés » concernant les formes particulières d'assurance et rédigé en réponse au postulat Heim 08.3493.

Perspectives

Mesures de maîtrise des coûts

Mesures de maîtrise des coûts
Voir chap. Réformes, page 16.

Mise en œuvre de la loi fédérale sur la transmission de données par les assureurs dans l'assurance obligatoire des soins

Les Chambres fédérales ont adopté la loi fédérale sur la transmission de données par les assureurs dans l'assurance obligatoire des soins le 19 mars 2021. Sa mise en œuvre implique d'adapter l'OA-Mal et l'OSAMal. La consultation a débuté le 11 mars 2022.

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

La CSSS-CE a publié les rapports de l'administration (voir également à ce sujet le chap. Réformes). La discussion par article est en cours.

Admission des fournisseurs de prestations dans le secteur ambulatoire

La modification de la LAMal (admission des fournisseurs de prestations) est entrée en vigueur de façon échelonnée le 1^{er} juillet 2021 et le 1^{er} janvier 2022. Seules les dispositions relatives au registre des fournisseurs de prestations admis à pratiquer conformément à l'art. 36 LAMal entreront en vigueur ultérieurement.

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 le reste par les cantons.

Le 17 septembre 2021, le Conseil fédéral a transmis son message au Parlement : il rejette l'initiative et lui oppose une modification de la LAMal relative à la réduction des primes à titre de contre-projet indirect. Ce dernier 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. Le message est actuellement aux mains du Parlement, le Conseil national le traite en premier.

Réglementation de l'activité des intermédiaires d'assurance

Le 19 mai 2021, le Conseil fédéral a transmis au Parlement son message concernant la loi fédérale sur la réglementation de l'activité des intermédiaires d'assurance. Ce projet autorise le Conseil fédéral à déclarer obligatoires, pour la branche de l'assurance-maladie, les points de l'accord des assureurs concernant l'interdiction du démarchage téléphonique à froid, la formation et la rémunération des intermédiaires d'assurance ainsi que l'établissement et la signature des procès-verbaux pour les entretiens de conseil avec les clients. Les deux autorités de surveillance (l'OFSP pour l'assurance-maladie sociale et l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers [FINMA] pour l'assu-

rance-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 pénalement. Le Conseil national a traité le projet (décision du 7 mars 2022). La seule différence par rapport au projet du Conseil fédéral réside dans le fait que l'accord ne s'applique pas aux intermédiaires liés à un assureur-maladie par un contrat de travail. La loi doit encore être traitée par le Conseil des États.

AA Assurance-accidents

Dernières données disponibles : 2020

1 Chiffres actuels de l'AA

Recettes (résultat d'exploitation) 2020	9'743 mio de fr.
Dépenses 2020	7'084 mio de fr.
Résultat 2020	2'659 mio de fr.
Compte de capital 2020	68'477 mio de fr.

Cotisations 2022 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 2022	
Soins et remboursement de frais	Selon le cas
Prestations en espèces du gain assuré :	
Indemnité journalière : incapacité de travail totale incapacité de travail partielle	80% réduite en proportion
Rente d'invalidité : invalidité complète invalidité partielle	80% réduite en proportion

En 2020, le capital de l'AA a continué d'augmenter pour s'établir à 68 477 millions de francs, ce qui représente un nouveau record.

Évolution en 2020

Les recettes de l'AA ont enregistré une baisse nettement plus marquée que les dépenses. Le résultat d'exploitation a ainsi diminué de 35,2 % en 2020, pour s'établir à 2659 millions de francs.

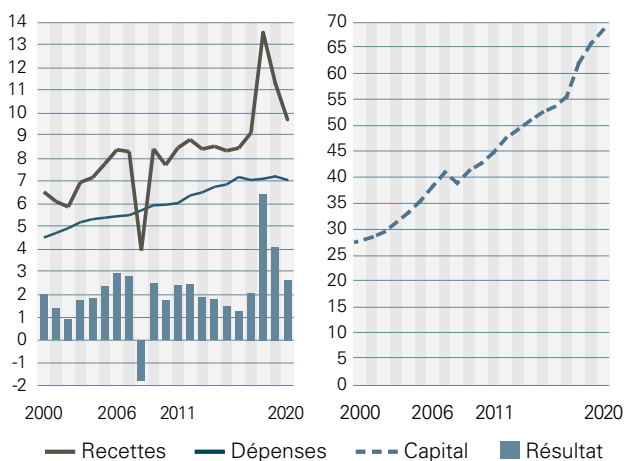
Les recettes se chiffrent à 9743 millions de francs. D'un montant de 6437 millions de francs, les primes en constituent la principale composante. Les dépenses, en baisse de 2,2 %, se sont élevées à 7084 millions de francs. Ce chiffre s'explique par les mesures ordonnées par le Conseil fédéral en lien avec la pandémie, qui ont induit un recul du nombre d'accidents déclarés de 7,6 %. Pendant l'année, 264 311 (-5,2 %) cas d'accidents et maladies professionnels et 522 006 (-9,1 %) cas d'accidents non professionnels ont été déclarés.

L'effectif des bénéficiaires de rente a continué de reculer (-2,7 %).

Les dépenses ont été affectées à raison de 27,2 % à des frais de traitement, de 29,4 % à des indemnités journalières et de 26,9 % à des rentes et à des prestations en capital.

En 2020, l'AA était gérée par la SUVA (principal assureur) et par 25 autres assureurs.

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

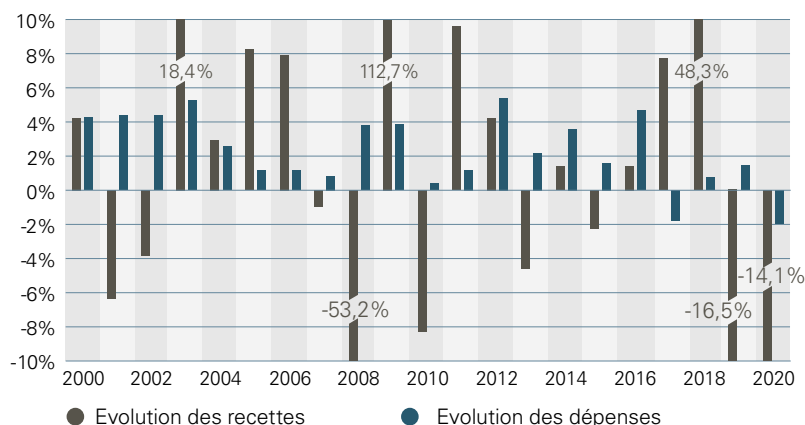


Les recettes calculées avec les variations de valeur du capital ont toujours été supérieures aux dépenses, sauf en 2008. Elles consistent pour l'essentiel en cotisations des assurés. Les principales composantes des dépenses sont les prestations à court terme (frais de traitement et indemnités journalières ; 2020 : 4,0 milliards de francs) et les prestations de longue durée (rentes et prestations en capital ; 2020 : 1,9 milliard de francs).

Les résultats positifs du compte d'exploitation permettent d'accumuler du capital (2020 : 68,5 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.

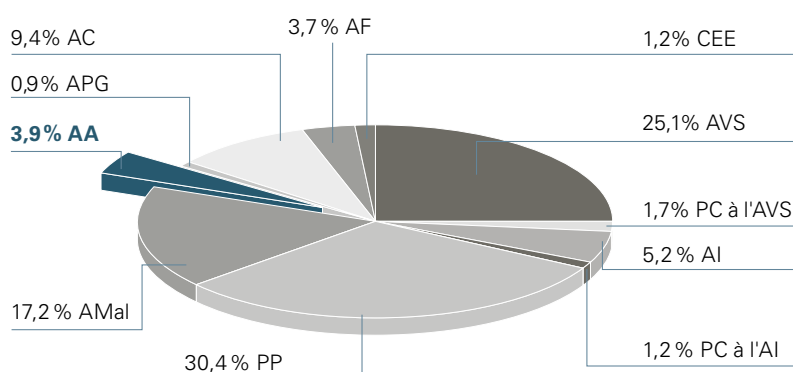
Dernières données disponibles : 2020

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 augmenté de 7,0 % en 2020 (primes brutes en hausse). Le produit des placements a certes été supérieur à la valeur moyenne enregistrée depuis de longues années mais est resté nettement inférieur à la valeur de l'année précédente, ce qui a abouti à un recul des recettes de 14,1 %. En 2020, les dépenses ont enregistré une baisse de 2,2 %. Les mesures prises pour lutter contre la propagation de la pandémie de COVID-19 ont restreint les activités professionnelles et les loisirs, ce qui se reflète dans le nombre d'accidents.

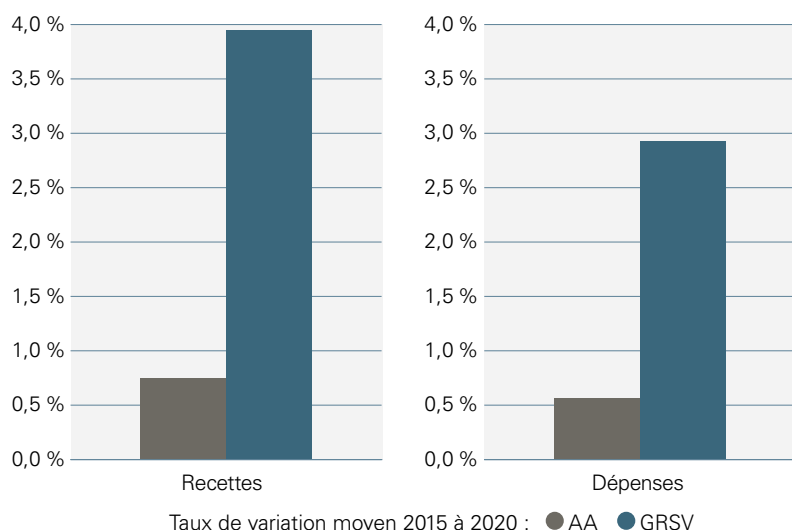
4 L'AA dans le CGAS 2019



Dépenses 2020 : 182,3 mia fr.

À l'aune des dépenses, l'AA vient en sixième position des assurances sociales, avec 3,9 %. Les dépenses ont été affectées à raison de 27,2 % à des frais de traitement, de 29,4 % à des indemnités journalières et de 26,9 % à des rentes et à des prestations en capital.

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



Recettes de 2015 à 2020 : Les recettes de l'AA ont augmenté (0,7 %) et se sont avérées nettement inférieures à celles du CGAS (4,0 %).

Dépenses de 2015 à 2020 :

La hausse des dépenses de l'AA (0,6 %) a été inférieure à celle du CGAS (2,9 %). Cette augmentation modérée résulte en premier lieu de la hausse elle aussi modérée des prestations à court terme (0,9 %) et de la diminution des prestations de longue durée (-0,2 %).

Les mesures COVID-19 ont entraîné les taux de croissance élevés du CGAS.

Source : SAS 2022 (parution automne 2022), OFAS, et www.ofas.admin.ch

AA Assurance-accidents

Finances

Finances 2020 de l'AA, en millions de francs

	2020	Variation 2019/2020
Primes des entreprises (AP) et des assurés (ANP, AF et AAC)	6'437	7,0%
Recettes des actions récursoires	269	-5,0%
Recettes (résultat de répartition)	6'706	6,5%
Produit du capital	1'333	-12,4%
Recettes (résultat selon le CGAS)	8'039	2,8%
Variation de valeur du capital	1'704	-51,6%
Recettes (résultat d'exploitation)	9'743	-14,1%
Prestations à court terme	4'015	-3,7%
Prestations de longue durée	1'908	-1,2%
Autres dépenses	1'161	2,0%
Dépenses	7'084	-2,2%
Résultat de répartition	-378	59,8%
Résultat selon le CGAS	955	64,4%
Résultat d'exploitation	2'659	-35,2%
Variation du capital	2'638	-29,7%
Capital¹	68'477	4,0%

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 2022 (parution fin 2022), OFAS et www.ofas.admin.ch

Chiffres relatifs à la structure de l'AA

	2019	2020
Assureurs	27	26
Entreprises assurées	626'833	639'621
Salariés à plein temps ¹ (en milliers)	4'184	4'156
Somme des salaires soumis à une prime AP (en mrd fr.)	323	326
Nombre d'accidents professionnels enregistrés	278'736	264'311
Nombre d'accidents non professionnels enregistrés	573'955	22'006
Rentes d'invalidité déterminées	1'457	1'373
Cas de décès reconnus	524	541
Indemnités pour atteinte à l'intégrité et autres versements en capital	5'105	4'854
Frais médicaux (en mio fr.)	2'032,5	1'923,9
Indemnités journalières (en mio fr.)	2'097,9	2'071,2
Capital de couverture des nouvelles rentes octroyées ² (en mio fr.)	755,5	4'315,0

1 Salariés à plein temps selon la nouvelle méthode d'estimation appliquée depuis 2012 (www.unfallstatistik.ch/f/vbfacts).

2 En 2020, y c. hausse de la valeur du capital de toutes les rentes déjà versées suivant les nouvelles bases de calcul

Source : Service de centralisation des statistiques de l'assurance-accidents (SSAA)

Réformes et perspectives

Par courrier du 12 novembre 2020, la SUVA, l'Association suisse d'assurances (ASA) et le collectif d'intérêts des autres assureurs LAA ont soumis au DFI, pour approbation, une demande commune du 31 août 2020 visant à modifier les normes comptables uniformes. L'unique modification sollicitée consiste en la baisse du taux d'intérêt technique de 1,5 % actuellement. Le DFI a approuvé cette demande par décision du 7 mai 2021. Le taux d'intérêt technique passera ainsi à 1,0 % pour toutes les rentes dès le 1^{er} janvier 2022.

Les assureurs LAA ont introduit auprès du DFI une demande de modification de l'art. 117, al. 1, OLAA,

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. Il est prévu de les abaisser à 0,25 % pour le paiement semestriel et à 0,375 % pour le paiement trimestriel. La modification de l'art. 117, al. 1, OLAA, qui implique également une adaptation du contrat-type, entrera probablement en vigueur au 1^{er} janvier 2023.

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 170,35 millions de francs. Ce montant inclut également les coûts des tests COVID de l'année 2020. Lors de la préparation des données, l'assurance militaire avait décidé de présenter dans ses comptes 2020 les frais de test (environ 220 000 francs) qui n'avaient pas encore été remboursés par la Confédération au moment de la collecte des données. Dans le cadre de la stratégie fédérale en matière de tests, l'assurance militaire s'est toutefois vue rembourser les coûts des tests COVID. C'est pourquoi les coûts liés aux tests COVID ne sont plus inscrits aux comptes ordinaires de l'assurance militaire.

Il en va de même pour le nombre de cas traités (environ 2300). Ici aussi, le nombre de tests COVID n'est plus enregistré. Les chiffres de 2021 ont été adaptés afin de pouvoir les comparer à ceux de 2020. Ainsi, les prestations versées s'élèvent désormais à 170,13 millions de francs pour l'année 2020 et à 171,41 millions de francs pour l'année 2021. Cela correspond à 1,28 million de plus que l'année précédente. Le montant (chiffres arrondis) des principales prestations de l'assurance militaire versées en 2021 et le nombre de cas sont les suivants.

Chiffres détaillés de l'AM pour 2021

	2021 en milliers de fr.	Variation 2020/2021
Coût total des prestations d'assurance	171'410	+0,8%
Frais de traitement	72'141	+2,5%
Indemnités journalières	25'468	+9,4%
Rentes	73'801	-3,5%
Rentes d'invalidité	38'373	-3,7%
Rentes pour atteinte à l'intégrité	3'496	+3,2%
Rentes de survivants	30'198	-3,6%

	Nombre de rentes 2021	Variation 2020/2021
Nombre total de rentes	2'982	-3,9%
Rentes d'invalidité	1'563	-3,6%
Rentes pour atteinte à l'intégrité	376	-2,1%
Rentes de survivants	893	-5%
Divers (allocations et indemnités supplémentaires)	150	-4,5%

	Coût 2021 en milliers de fr.	Nombre de cas 2021	Variation nombre de cas 2020/2021
Coûts¹ et nombre de cas par catégorie d'assurés, total	171'410	40'406	-1,3%
Militaires de milice	91'714	21'687	-0,2%
Astreints à la protection civile	4'701	1'321	-10%
Astreints au service civil	8'476	9'526	-8,5%
Personnel militaire	43'694	4'586	-2,8%
Assurés à titre facultatif	17'311	2'446	+4,4%
Participants aux actions de maintien de la paix	2'121	596	+22,1%
Membres du Corps suisse d'aide humanitaire	576	210	-17,9%
Divers	2'828	34	-10,5%

1 Coûts des rentes compris

En 2021, les frais de traitement ont augmenté de 2,5 % pour atteindre 72,14 millions de francs. Les coûts des indemnités journalières ont atteint 25,47 millions de francs, en hausse de 9,4 % par rapport à l'exercice précédent.

Le coût total des rentes s'est chiffré à 76,47 millions de francs, soit une diminution de 3,5 % par rapport à l'année précédente. Le nombre des rentes en cours est de 2982, en baisse de 3,9 %. 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 augmenté de 0,8 %. Les dépenses dans cette catégorie ont baissé malgré tout et s'établissent à 8,47 millions de francs (-0,46 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. Les personnes astreintes au service civil sont par conséquent prises en charge par un médecin ou un fournisseur de soins privé. Les dépenses sont

prises en charge par l'assurance militaire, ce qui se répercute sur les coûts.

Les cas occasionnés par les militaires de milice ont baissé de 0,2 %. Une diminution des cas est également constatée chez le personnel militaire (-8,5 %), les personnes astreintes à la protection civile (-10 %) et les assurés à titre facultatif (-2,8 %). En revanche, le nombre de cas a augmenté chez les participants à des actions de maintien de la paix (+4,4 %) et les membres du Corps suisse d'aide humanitaire (+22,1 %). Au total, l'assurance militaire a traité 40 406 nouveaux cas en 2021, soit 538 de moins que l'année précédente (-1,3 %).

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 récursives.

Les dépenses de l'assurance militaire figurent dans le budget de l'Office fédéral de la santé publique

AM Assurance militaire

(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 2021, l'assurance militaire a occasionné des dépenses globales brutes de 189,11 millions de francs (-3,99 millions), comprenant 169,99 millions de francs pour l'ensemble des prestations et 19,12 millions (-0,6 million) pour les frais d'administration.

Les recettes provenant des actions récursives, des remboursements et des primes des assurés à titre professionnel en activité et à la retraite ont rapporté 21,30 millions de francs (+0,06 million).

Les dépenses globales nettes de la Confédération en 2021 pour l'assurance militaire se sont donc élevées à 167,81 millions de francs (-4,05 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 2022, la prime mensuelle pour les prestations en cas de maladie est de 365 francs, et le supplément dans l'assurance facultative pour les prestations en cas d'accident de 46 francs par mois.

APG Allocations pour perte de gain

1 Chiffres clés actuels des APG

Recettes (résultat d'exploitation) 2021	2'096 mio de fr.
Dépenses 2021	1'865 mio de fr.
Résultat d'exploitation 2021	231 mio de fr.
Compte de capital 2021	1'582 mio de fr.
Allocation de base 2022	
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 2021	
Armée	4'992'405
Service civil, protection civile, J+S, cours pour moniteurs de jeunes tireurs	2'040'798
Jours d'allocations de maternité	7'691'496
Maternité, nombre de bénéficiaires 2021	141'580

En 2021, tant le résultat de répartition (165 millions de francs) que le résultat d'exploitation (231 millions de francs) ont été positifs dans le régime des APG.

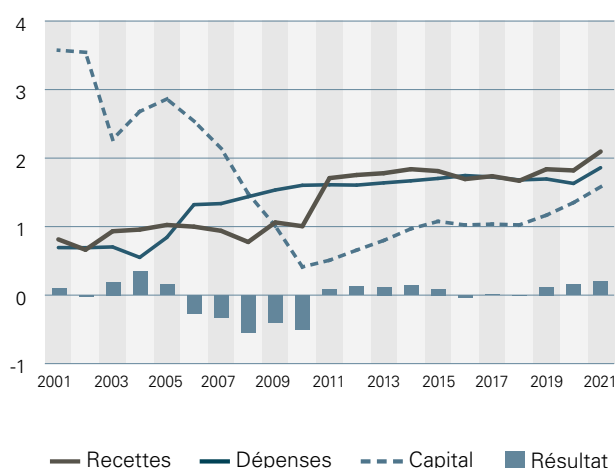
Évolution en 2021

Les recettes ont augmenté de 15,1 % et se chiffrent à 2096 millions de francs en 2021, évolution principalement attribuable à la hausse des taux de cotisation de 0,05 % à 0,5 %. Les cotisations des assurés sont ainsi passées de 1772 millions à 2029 millions de francs.

En 2021, les dépenses se montaient à 1865 millions de francs. Les prestations en espèces, qui représentent 99,8 % des dépenses, ont augmenté de 13,9 % pour atteindre 1861 millions de francs. Cette augmentation est liée à l'introduction d'un congé de paternité de deux semaines à partir de 2021 et d'un congé de prise en charge de 14 semaines pour les parents d'enfants gravement atteints dans leur santé à partir de la mi-2021.

Tant le résultat de répartition que le résultat d'exploitation du régime des APG se sont nettement améliorés par rapport à l'année précédente, ce qui s'explique par l'augmentation des taux de cotisation.

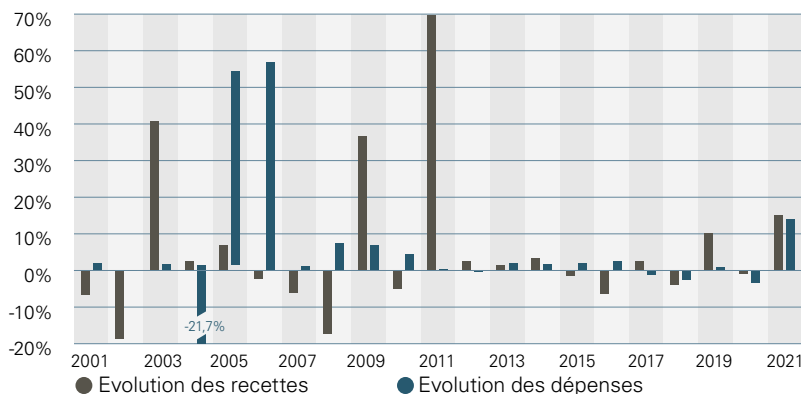
2 Recettes, dépenses, résultat d'exploitation et capital des APG, en milliards de francs



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 en 2011, les recettes ont été supérieures aux dépenses jusqu'en 2015. En 2021, l'augmentation des taux de cotisation et l'introduction des congés de paternité et de prise en charge ont entraîné une hausse des recettes et des dépenses. Le résultat d'exploitation s'élevait à 231 millions de francs. La chute marquée de la courbe du capital en 2003 est imputable à un transfert de capitaux à l'AI.

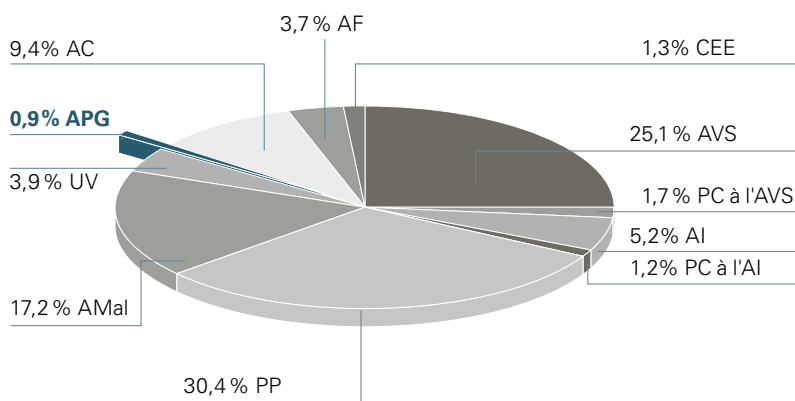
APG Allocations pour perte de gain

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 2020, tant les recettes (gains boursiers moins importants) que les dépenses (baisse des indemnités en raison du COVID-19) ont diminué. En 2021, tant les recettes (augmentation du taux de cotisation) que les dépenses (introduction du congé de paternité et de prise en charge) ont augmenté.

4 Les APG dans le CGAS 2020

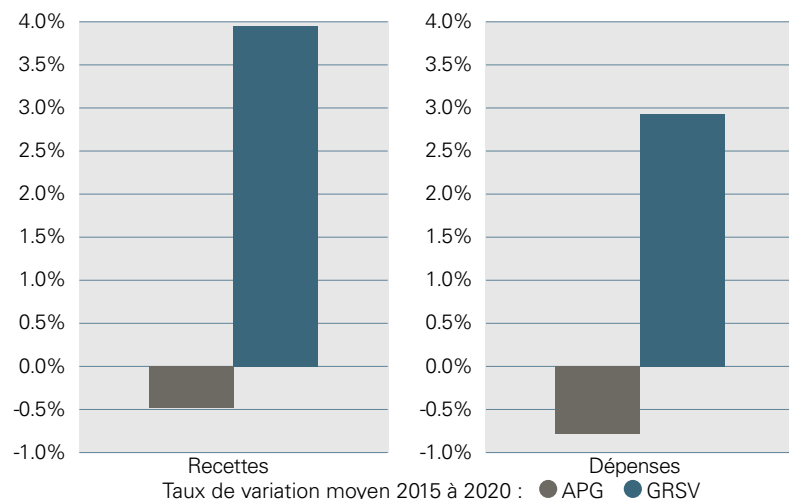


Dépenses 2020 : 182,3 mia fr.

Mesurées à l'aune des dépenses de toutes les assurances sociales, le régime des APG reste, avec 0,9 %, la plus petite des assurances sociales, même après la mise en place de l'allocation de maternité à l'été 2005.

En 2020, 95,9 % de ses dépenses ont été affectées à des indemnités journalières, dont 56 % au titre des allocations de maternité et 44 % pour des prestations à des personnes faisant du service (estimation OFAS).

5 Evolution actuelle des APG par rapport à celle du CGAS



Source : SAS 2022 (parution automne 2022), OFAS, et www.ofas.admin.ch

Recettes de 2015 à 2020 :

Les recettes moyennes des APG sur cinq ans ont reculé de 0,5 %. Leur évolution a donc été nettement inférieure à celle du CGAS (4,0 %).

Dépenses de 2015 à 2020 :

Les dépenses du régime des APG ont baissé de 0,8 % en moyenne annuelle, celles de l'ensemble des assurances sociales augmentant, pour leur part, de 2,9 %. Elles ont donc moins progressé que la moyenne du CGAS.

Les taux de croissance élevés du CGAS sont dus aux mesures prises dans le contexte de la pandémie de COVID-19.

APG Allocations pour perte de gain

Finances

Compte d'exploitation 2021 des APG, en millions de francs

	2021	Variation 2020/2021
Cotisations des assurés et des employeurs	2'029	14,5%
Recettes (résultat de répartition)	2'029	14,5%
Produit du capital	20	7,3%
Recettes (résultat selon le CGAS)	2'049	14,5%
Variation de valeur du capital	47	49,4%
Recettes (résultat d'exploitation)	2'096	15,1%
Prestations en espèces	1'861	13,9%
Émoluments	1'790	13,9%
Créances en restitution, net	-39	-20,3%
Quote-part de cotisations à la charge du régime des APG	110	14,7%
Frais d'administration	4	17,2%
Dépenses	1'865	13,9%
Résultat de répartition	165	22,7%
Résultat selon le CGAS	184	20,8%
Résultat	231	25,7%
Capital	1'582	17,1%

Source : SAS 2022 (parution fin 2022), 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, toujours en 2016, un recul de 8,8 % des cotisations des assurés et des employeurs, qui se sont chiffrées à 1658 millions de francs.

Le résultat de répartition (résultat de l'exercice hors produit des placements) a été de 165 millions de francs en 2021. Compte tenu du produit des placements (66 millions de francs), le résultat d'exploitation a enregistré une amélioration de 47 millions par rapport à l'année précédente et atteint 231 millions de francs. De par ce résultat d'exploitation, le compte de capital est passé de 1357 à 1582 millions de francs (17,1 %). Les liquidités et les placements correspondaient à 75,0 % des dépenses d'une année, soit au-dessus de la limite des 50 %.

Réformes

Congé de paternité

Depuis le 1^{er} janvier 2021, les pères exerçant une activité lucrative ont droit à un congé de paternité de deux semaines, à prendre en une seule fois, à la semaine ou à la journée, dans les six premiers mois suivant la naissance de l'enfant. L'allocation de paternité 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).

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

Depuis le 1^{er} juillet 2021, une mère dont l'enfant doit rester, immédiatement après la naissance, plus de deux semaines à l'hôpital a droit à une prolongation de l'allocation de maternité. La modification a prolongé la durée du droit à l'allocation de maternité de 56 jours au maximum (la faisant passer de 98 à 154 jours au maximum). Seules les mères qui continuent de travailler après le congé de maternité pourront bénéficier de cette prolongation. Le code des obligations a également été 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.

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

Depuis le 1^{er} janvier 2021, les salariés ont droit au maintien de leur salaire s'ils doivent s'absenter de leur travail – pour s'occuper de leur partenaire ou membres de leur famille atteints dans leur santé. La durée du congé est de trois jours au plus par événement, avec un maximum de dix jours par an. Depuis début janvier 2021, des bonifications pour tâches d'assistance sont octroyées au proche aidant pour la prise en charge d'une personne atteinte d'impotence faible, mais désormais aussi

pour la prise en charge du partenaire dans le cas des couples formant une communauté de vie.

Depuis le 1^{er} janvier 2021, le droit au supplément pour soins intenses et à l'allocation pour impotent de l'AI est 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.

Le Parlement a intégré dans le projet sur la prise en charge de proches une disposition spécifique concernant le montant maximal reconnu au titre du loyer des personnes vivant en communauté d'habitation afin de leur garantir un montant minimal. Ce montant correspond au loyer maximal d'une personne vivant dans un ménage de deux personnes. Cette réglementation est entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2021. Depuis le 1^{er} janvier 2021, les parents qui subissent une perte de gain parce qu'ils prennent en charge un enfant atteint gravement dans sa santé en raison d'une maladie ont droit à un congé de prise en charge d'un maximum de quatorze semaines.

Ce congé pourra être pris à la journée 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.

Instauration d'une allocation d'adoption

Le 12 décembre 2013, le conseiller national Marco Romano (PDC, TI) a déposé l'initiative parlementaire « Introduire des allocations en cas d'adoption d'un enfant » (13.478), qui demande l'inscription dans la loi d'allocations pour perte de gain en cas d'adoption d'un enfant.

Le 25 janvier 2018, la CSSS-N a approuvé un avant-projet de modification de la loi fédérale sur les allocations pour perte de gain (LAPG). Dans son avis du 30 octobre 2019, le Conseil fédéral s'est prononcé en faveur d'une allocation d'adoption et a proposé

APG Allocations pour perte de gain

sa coordination avec l'allocation de paternité, ainsi que la possibilité de prendre le congé également sous la forme de journées.

Le 15 novembre 2019, la CSSS-N a pris connaissance de l'avis positif du Conseil fédéral et a suivi ses propositions quant aux modalités concrètes. Le 23 septembre 2020, le Conseil national a approuvé l'introduction d'un congé d'adoption indemnisé. Lors de sa séance du 10 août 2021, la CSSS-E a suivi la décision du Conseil national sur tous les points et a adopté le projet. Le 14 septembre 2021, le Conseil des États s'est prononcé en faveur de l'introduction d'un congé d'adoption rémunéré. Le 1^{er} octobre 2021, l'Assemblée fédérale a adopté le projet de congé d'adoption de deux semaines. Le délai référendaire a expiré le 20 janvier 2022 sans qu'un référendum ait été lancé.

Congé de maternité pour les pères survivants

L'initiative parlementaire 15.434 « Octroyer le congé de maternité au père en cas de décès de la mère », déposée le 8 juin 2015 au Conseil national, demande que la loi sur les allocations pour perte de gain et le code des obligations soient adaptés de manière à ce que, en cas de décès de la mère dans les 14 semaines suivant la naissance, le congé de maternité de 14 semaines soit accordé intégralement au père. Le droit à l'allocation de maternité s'éteint aujourd'hui avec le décès de la mère, il en va de même pour l'allocation de paternité en cas de décès du père. La CSSS-N et la CSSS-E ont donné suite à l'initiative parlementaire respectivement en juin et août 2016. L'avant-projet élaboré sur cette base a été approuvé par la CSSS-N lors de sa séance du 19 novembre 2021. Par conséquent, les pères bénéficieront d'un congé de 14 semaines, en plus du congé de paternité, si la mère décède dans les 14 semaines suivant la naissance. En cas de décès du père, la mère pourra, à l'inverse, prendre deux semaines de congés payés supplémentaires. L'adoption du rapport est prévue pour juin 2022.

Allocations pour perte de gain. Mettre le service militaire et la maternité sur un pied d'égalité

L'allocation de maternité est basée sur les mêmes règles et principes que l'allocation de base pour les personnes qui font du service. Dans les deux cas, l'allocation correspond à 80 % du revenu réalisé immédiatement avant la survenance du risque assuré. Pour les personnes qui font du service, des prestations accessoires sont cependant accordées à certaines conditions (allocations pour enfant, allocations pour frais de garde ou allocations d'exploitation). La motion 19.3373 « Allocations pour perte de gain. Mettre le service militaire et la maternité sur un pied d'égalité » demande que l'allocation de maternité soit alignée sur l'allocation pour les personnes faisant du service. Le Conseil national a adopté la motion le 10 mars 2021. L'objet est désormais soumis à la CSSS-E.

Dans ce contexte, il est renvoyé aux motions 19.4110 et 19.4270 « Allocation de maternité pour les indépendantes. Allocation d'exploitation ». Les motions sont identiques et demandent que les mères indépendantes aient également droit aux allocations d'exploitation pendant leur congé de maternité. Actuellement, les allocations d'exploitation ne sont prévues que pour les indépendants qui servent dans l'armée, le service civil ou la Croix-Rouge, ce qui signifie qu'aucune allocation d'exploitation n'est versée pendant le congé de maternité. Les allocations d'exploitation indemnisent une partie des frais qui restent engagés pour l'exploitation courante, même si la personne fait du service. La motion 19.4270 a été adoptée le 12 décembre 2019 par le Conseil des États et le 24 septembre 2020 par le Conseil national. La motion 19.4110 a été adoptée par le Conseil national le 20 décembre 2019.

Perspectives

Numérisation du régime des allocations pour perte de gain

Chaque année, les caisses de compensation AVS traitent plus de 600 000 formulaires de demande d'allocations pour perte de gain remplis par des personnes faisant du service. Les demandes sont déposées au moyen de formulaires papier. Ce processus est sujet à des erreurs et chronophage. Afin d'optimiser les processus et d'accélérer le traitement des demandes, une alternative numérique est en cours de planification. Les personnes qui servent dans l'armée ou la protection civile, qui accomplissent un service civil ou participent aux cours Jeunesse et sport devront désormais faire valoir leurs droits aux indemnités via un portail en ligne. Pour ce faire, un système d'information sera mis en place auprès de la CdC. La consultation sur les adaptations légales nécessaires est prévue pour l'automne 2022.

AC Assurance-chômage

1 Chiffres clés actuels de l'AC

Recettes (résultat d'exploitation) 2021	14'101 mio de fr.
Dépenses 2021	14'287 mio de fr.
Résultat 2021	-186 mio de fr.
Compte de capital 2021	1'714 mio de fr.

Cotisations 2022	2,20%
Sur les revenus salariaux jusqu'à	148'200 fr./an

Depuis le 01.01.2014, le pour-cent de solidarité est prélevé sur la part du salaire dépassant le montant maximal du gain assuré (126 000 francs et, depuis 2016, 148 200 francs).

Prestations 2022 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.

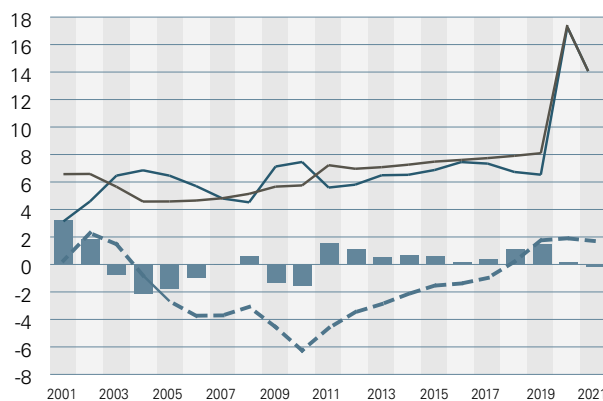
Pour le Fonds de compensation de l'AC, l'exercice comptable 2021 s'est soldé par un résultat d'exploitation négatif de 186 millions de francs.

Évolution en 2021

Bien que l'assurance-chômage (AC) ait clôturé ses comptes 2021 sur une perte de 186 millions de francs, elle a pu conserver sa fonction de stabilisateur conjoncturel. La raison en est que, comme l'année précédente, la Confédération a pris en charge les indemnités en cas de réduction de l'horaire de travail résultant de la crise COVID-19. Le nombre de chômeurs inscrits en 2021 (137 614) était inférieur à la moyenne de l'année précédente (145 720). Les dépenses dues aux indemnités de chômage ont augmenté de 5,7 %, pour s'établir à 6334 millions de francs. Les indemnités en cas de réduction de l'horaire de travail ont baissé à 5648 millions de francs malgré la persistance de la crise COVID-19. Ainsi, en 2021, les dépenses de l'AC ont reculé de 17,3 % pour atteindre 14 287 millions de francs. De leur côté, les recettes de l'AC ont baissé de 19,1 %, passant à 14 101 millions de francs.

Le résultat d'exploitation a diminué de 228,3 % pour atteindre un montant négatif de 186 millions de francs. Est assuré le salaire soumis à cotisation AVS : depuis 2016, jusqu'à 12 350 fr./mois.

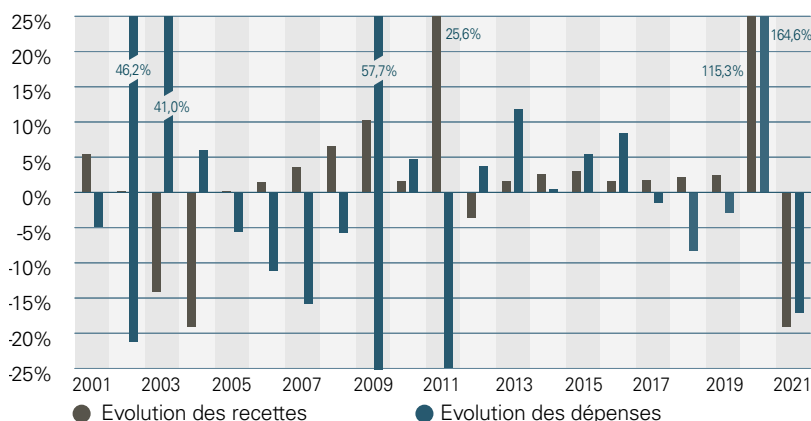
2 Recettes, dépenses, résultat et capital de l'AC, en milliards de francs



La crise du COVID-19 a occasionné des dépenses très élevées en 2020 et 2021, auxquelles a répondu le versement de contributions fédérales extraordinaires entraînant une augmentation considérable des recettes. Le résultat d'exploitation était déficitaire à hauteur de 186 millions de francs en 2021 et le fonds de compensation de l'AC a fondu à 1714 millions de francs. L'évolution cyclique des comptes de l'AC, visible dans le graphique, illustre bien le rôle stabilisateur joué par cette assurance sur la conjoncture.

— Recettes — Dépenses - - - Capital ■ Résultat

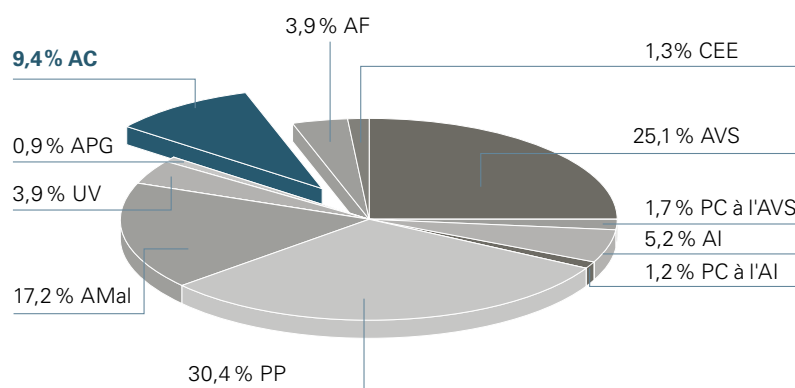
3 Evolution des recettes et des dépenses de l'AC



Les taux de variation des recettes font notamment apparaître – outre les effets de l'emploi (crise du COVID-19 2020/2021) et de l'évolution générale des salaires – les baisses (2003 et 2004) et les hausses (2011) des taux de cotisation, ou encore les contributions fédérales extraordinaires (crise du COVID-19 2020/2021).

En 2010 et surtout en 2011, la croissance économique a induit une nette baisse des dépenses de l'AC. Après une période de hausse, les dépenses ont reculé entre 2017 et 2019 grâce à une conjoncture favorable.

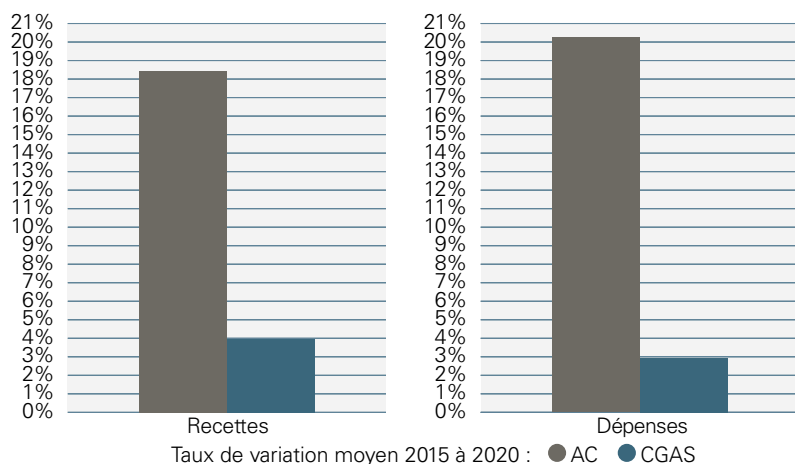
4 L'AC dans le CGAS 2019



Dépenses 2020 : 182,3 mia fr.

À l'aune des dépenses de toutes les assurances sociales, l'AC était, avec 9,4 %, la quatrième assurance sociale. Les dépenses de l'AC ont été affectées à hauteur de 34,7 % aux indemnités de chômage, à 53,2 % aux indemnités en cas de réduction de l'horaire de travail et à 3,5 % aux mesures relatives au marché du travail.

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



Recettes de 2015 à 2020 : L'augmentation moyenne des recettes de l'AC (18,4%) a été nettement supérieure à celle des recettes du CGAS (4,0 %).

Dépenses de 2015 à 2020 : L'évolution moyenne des dépenses de l'AC (20,3 %) a été nettement plus élevée que celle des dépenses du CGAS (2,9 %).

L'augmentation significative tant des recettes que des dépenses de l'AC est due à la crise du COVID-19.

Source : SAS 2022 (parution automne 2022), OFAS, et www.ofas.admin.ch

Finances

Résultat des comptes 2021, en millions de francs

	2021	Variation 2020/2021
Cotisations des assurés et des employeurs	7'645,8	2,5%
Contributions des pouvoirs publics	6'434,2	-35,4%
Participation financière de la Confédération	597,5	2,0%
Contribution Covid-19 de la Confédération	5'648,1	-38,5%
Participation financière des cantons	176,0	2,3%
Participation des cantons aux frais des mesures du marché du travail	12,7	4,5%
Autres produits	1,4	-44,9%
Produit des différences de cours	15,7	470,2%
Recettes (résultat de répartition)	14'097,2	-19,1%
Produit du capital	3,7	-49,2%
Recettes (résultat selon le CGAS)	14'100,9	-19,1%
Variation de valeur du capital	-	-
Recettes (résultat d'exploitation)	14'100,9	-19,1%
Prest. en espèces hors cotisations aux assurances sociales	12'186,1	-20,7%
Indemnités de chômage ¹	6'334,2	5,7%
Cotisations aux assurances sociales des bénéficiaires d'IC	-490,3	-6,1%
Indemnités en cas de réduction de l'horaire de travail	5'648,3	-38,6%
Indemnités en cas d'intempéries	24,4	99,9%
Indemnités en cas d'insolvabilité	12,1	-54,9%
Mesures du marché du travail	657,4	9,4%
Cotisations aux ass. sociales sur les indemnités de chômage	908,0	6,2%
Cotisations AVS/AI/APG ²	660,0	6,2%
Cotisations ANP ²	234,9	5,7%
Cotisations AP ³	5,0	29,1%
Cotisations LPP ²	8,1	8,1%
Indemnités liées aux accords bilatéraux ⁴	327,8	57,9%
Frais d'administration	863,0	1,2%
Intérêts débiteurs	0,1	-78,7%
Autres dépenses	0,5	-49,1%
Dépenses différences de cours	1,1	-
Dépenses	14'286,7	-17,3%
Résultat de répartition	-189,5	-237,7%
Résultat selon le CGAS	-185,8	-228,3%
Résultat	-185,8	-228,3%
Capital	1'713,9	-9,8%
Chiffres clés		
Chômeurs inscrits (moyenne annuelle)	137'614	
Taux de chômage	3,0%	

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 2022 (parution fin 2022), OFAS et www.ofas.admin.ch

L'exercice 2021 s'est soldé pour le Fonds de compensation de l'AC par des dépenses de 14 287 millions de francs et des recettes de 14 101 millions de francs, soit un déficit de 186 millions de francs. Les recettes ont diminué de 19,1 % par rapport à l'an-

née précédente, en raison de la baisse de la contribution COVID-19 extraordinaire de la Confédération destinée à couvrir les indemnités en cas de réduction de l'horaire de travail.

Bilan au 31 décembre 2021, en millions de francs

	2021	Variation 2020/2021
Actifs	2'579,7	-38,5%
Liquidités :	949,7	-64,4%
<i>Placements à court terme de l'organe de compensation</i>	–	–
<i>Disponibilités du Fonds de compensation</i>	814,5	-67,0%
<i>Disponibilités des caisses de chômage</i>	135,2	-31,8%
Comptes courants / débiteurs	1'449,4	4,2%
Actifs transitoires	168,2	31,7%
Mobiliers	12,5	22,1%
Passifs	2'579,7	-38,5%
Comptes courants / créanciers	369,0	-4,9%
Provisions pour application de l'art. 29 LACI	48,1	-6,6%
Provisions pour insolvabilité	84,5	-13,2%
Autres provisions à court terme	81,8	-47,5%
Passifs transitoires	282,3	-82,4%
Emprunts de trésorerie auprès de la Confédération	0,0	–
Capital propre	1'713,9	-9,8%

La baisse des dépenses a été moins prononcée (-17,3 %), ce qui a entraîné un résultat d'exploitation négatif.

Les indemnités en cas de réduction de l'horaire de travail versées durant la crise du COVID-19 ont été prises en charge par la Confédération, de la même

manière qu'en 2020. De ce fait, l'AC n'a pas eu à contracter un emprunt et le fonds de l'AC est resté exempt de dettes.

Le capital propre du Fonds de compensation de l'AC atteignait 1714 millions de francs fin 2021.

Réformes et perspectives

Le 26 mai 2021, le Conseil fédéral a décidé l'entrée en vigueur des modifications de la loi sur l'assurance-chômage (LACI) au 1^{er} juillet 2021. Les dispositions relatives à aux indemnités en cas de réduction de l'horaire de travail s'en trouvent simplifiées et la charge administrative des entreprises réduite. Il a fait entrer en vigueur la modification correspondante de l'ordonnance sur l'assurance-chômage (OACI) et la nouvelle ordonnance sur les systèmes d'information AC (OSI-AC) à la même date. Dans le même temps, la révision crée la base légale pour la mise en œuvre de la stratégie de cyberadministration dans le domaine de l'AC.

Dans le but de réduire l'impact négatif de la politique de lutte contre le coronavirus sur l'emploi et donc les effets négatifs sur le marché du travail, le Parlement a, dans le cadre de la loi COVID-19, prolongé la base des mesures d'atténuation dans le domaine de l'AC. Afin d'éviter un surendettement de l'assurance-chômage et une augmentation des cotisations salariales qui en résulterait, le Parlement a adopté un financement supplémentaire destiné au fonds de compensation de l'AC. La Confédération prend ainsi en charge les coûts des indemnités en cas de réduction de l'horaire de travail pour les années 2020, 2021 et 2022.

AF Allocations familiales

Dernières données disponibles : 2020 ; données recueillies par l'OFAS

1 Chiffres clés actuels des AF

Recettes (résultat d'exploitation) 2020	6'915 mio de fr.
Dépenses 2020	6'714 mio de fr.
Prestations sociales 2020	6'229 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)	2022
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	2022
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	1,12% – 2,65%
Indépendants	0,00% – 2,80%

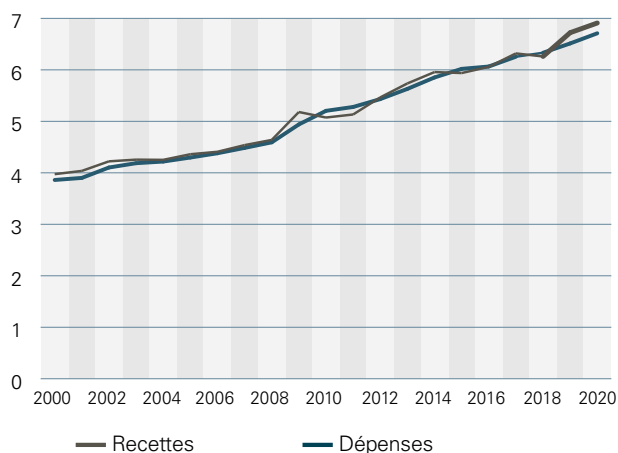
Depuis l'entrée en vigueur de la loi fédérale sur les allocations familiales (LAFam) en 2009, les recettes de l'ensemble des allocations familiales ont augmenté de 1,7 milliard de francs et les dépenses de 1,8 milliard.

Évolution en 2020

Les recettes des AF ont atteint 6,9 milliards de francs en 2020. Leur évolution est déterminée par les taux de cotisation des caisses de compensation pour allocations familiales (CAF). Employeurs et indépendants financent les allocations familiales en versant des cotisations aux CAF prélevées sur les salaires 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 des employeurs était de 1,68 % en 2020 (l'année précédente : 1,64 %).

Les dépenses des AF ont atteint 6,7 milliards de francs en 2020. Les prestations se sont élevées à 6,2 milliards de francs, ce qui représente 92,8 % des dépenses. 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.

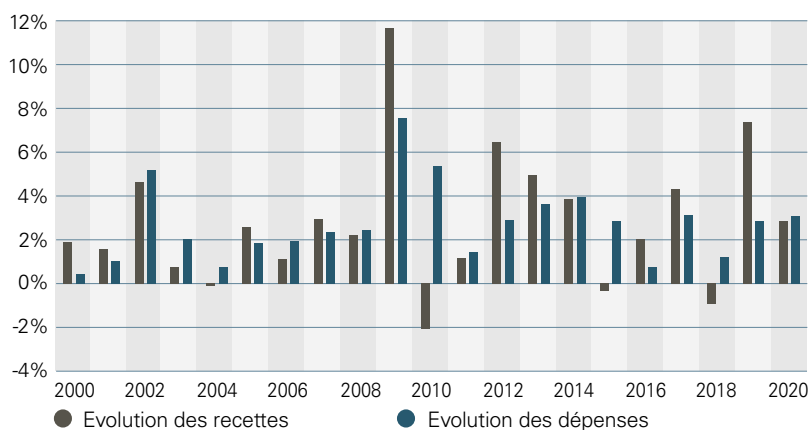
2 Recettes et dépenses des AF, en milliards de francs



L'évolution des AF est principalement déterminée par les taux de cotisation, le nombre d'enfants et de jeunes ainsi que le montant des allocations. En 2020, les cotisations ont augmenté de 4,1 % en raison de la hausse des taux de cotisation et des salaires. Au total, les recettes ont progressé de 2,9 % et les dépenses de 3,1 %. Davantage d'allocations ont été versées et sept cantons ont relevé à la fois les allocations pour enfants et les allocations de formation. De plus, la limite d'âge pour la perception des allocations de formation a été abaissée à 15 ans au 1^{er} août 2020.

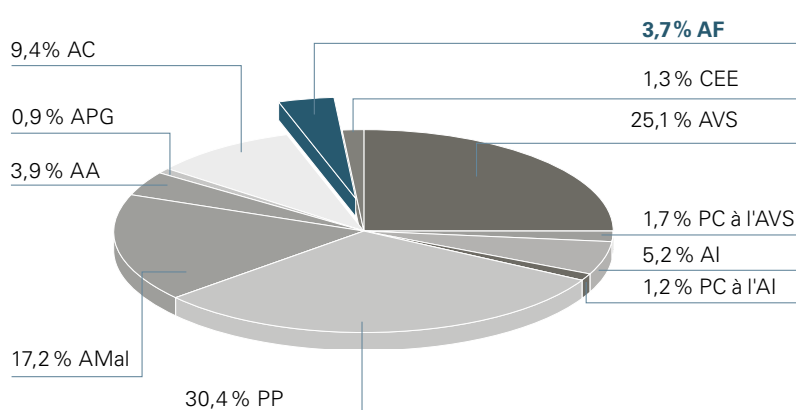
Dernières données disponibles : 2020 ; données recueillies par l'OFAS

3 Evolution des recettes et des dépenses des AF



En 2020, tant les recettes que les dépenses ont augmenté. L'augmentation des recettes (2,9 %) résulte principalement de la hausse des cotisations. La croissance des dépenses (3,1 %) est due à l'augmentation du montant des allocations et du nombre d'allocations versées (pour enfant ou de formation).

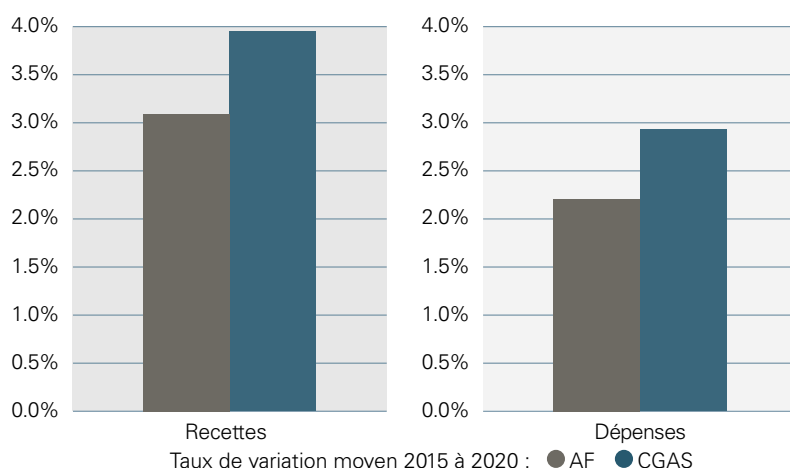
4 Les AF dans le CGAS 2020



Dépenses 2020 : 182,3 mia fr.

Considérées sous l'angle des dépenses de l'ensemble des assurances sociales, les AF, tous régimes confondus, occupaient l'antépénultième position, avec 3,7 %. Les dépenses ont été affectées à des prestations d'assurance sociale à raison de 92,8 %, dont 42,7 % ont été versées par les caisses de compensation cantonales pour allocations familiales.

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



Recettes de 2015 à 2020 : Le taux de croissance moyen des recettes des AF (3,1 %) a été inférieur à celui des recettes du CGAS (4,0 %). Son évolution dépend du montant des cotisations et des revenus soumis à cotisation.

Dépenses de 2015 à 2020 : Le taux de croissance des dépenses des AF (2,2 %) a été inférieur à celui des dépenses du CGAS (2,9 %). Les taux de croissance élevés du CGAS sont dus aux mesures prises dans le contexte de la pandémie de COVID-19.

Source : SAS 2022 (parution automne 2022), 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 7170 francs par an (à partir du 1^{er} janvier 2020) ainsi que les per-

sonnes sans activité lucrative au revenu imposable modique touchent, pour leurs enfants et les jeunes en formation, des allocations familiales au titre de la LAFam. Une loi spécifique s'applique aux agriculteurs indépendants et aux travailleurs agricoles qu'ils emploient (loi fédérale sur les allocations familiales dans l'agriculture, LFA, voir p. 87).

Comptes d'exploitation des caisses de compensation pour allocations familiales, 2020, en millions de francs

Postes du compte	Dépenses	Recettes
Cotisations des employeurs ¹		6'269
Cotisations des indépendants ²		231
Cotisations des personnes sans activité lucrative ³		14
Contributions des cantons		140
Recettes de la compensation des charges au niveau cantonal ⁴		185
Autres recettes		36
Allocations familiales	6'055	
Autres prestations ⁵	248	
Versements à la compensation des charges au niveau cantonal	254	
Autres dépenses	60	
Résultat annuel (bénéfice)	258	
Total	6'874	6'874

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	180	74
Placements et immobilier	77	125
Résultat annuel	-57	
Total	200	200

Nombre d'allocations (y c. allocations différentielles), 2020¹

Type d'allocation	Versées aux salariés	Versées aux indépendants	Versées aux personnes sans activité lucrative	Total	Pourcentage
Allocations pour enfant	1'638'900	45'800	38'300	1'722'900	73,2 %
Allocations de formation	568'800	20'900	13'300	603'000	25,6 %
Allocations de naissance et d'adoption	27'400	700	1'100	29'200	1,2 %
Total	2'235'100	67'400	52'700	2'355'200	100,0 %
Pourcentage	94,9 %	2,9 %	2,2 %	100 %	

Somme des allocations familiales (y c. allocations différentielles), 2020, en millions de francs

Type d'allocation	Versées aux salariés	Versées aux indépendants	Versées aux personnes sans activité lucrative	Total	Pourcentage
Allocations pour enfant	4'062,9	124,2	101,1	4'288,1	70,8 %
Allocations de formation	1'617,2	65,5	40,6	1'723,3	28,5 %
Allocations de naissance et d'adoption	40,1	1,2	2,0	43,4	0,7 %
Total	5'720,2	190,8	143,6	6'054,7	100,0 %
Pourcentage	94,5 %	3,2 %	2,4 %	100,0 %	

La Confédération prévoit des montants mensuels minimaux de 200 francs pour les allocations pour enfant et de 250 francs pour les allocations de formation. Les cantons peuvent prévoir des montants plus élevés et introduire des allocations de nais-

sance et d'adoption. Au 1^{er} janvier 2021, 21 cantons² avaient fait usage de la compétence de fixer des montants plus élevés, et neuf³ accordaient des allocations de naissance et/ou d'adoption.

Bénéficiaires d'allocations familiales, 2020¹

	Salariés	Indépendants	Personnes sans activité lucrative	Total
Nombre	1'247'900	37'400	26'800	1'312'000
Pourcentage	95,1 %	2,8 %	2,0 %	100,0 %

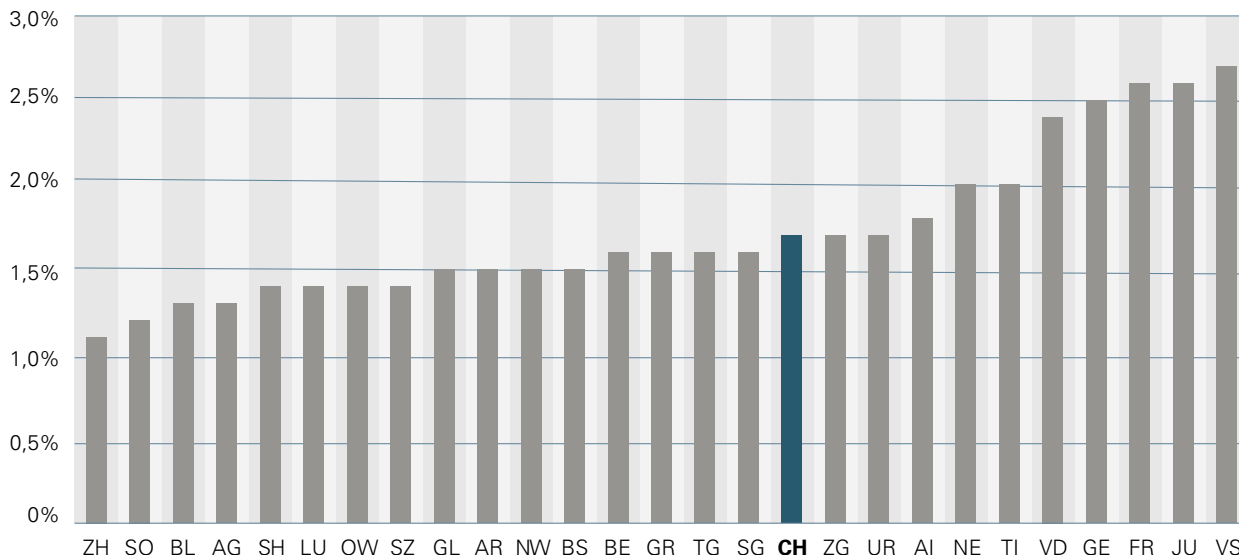
1 Étant donné que l'analyse adopte une optique annuelle et qu'une même allocation peut être comptabilisée à plusieurs reprises en cas de changement de caisse, ces données peuvent compter plusieurs fois un même bénéficiaire.

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

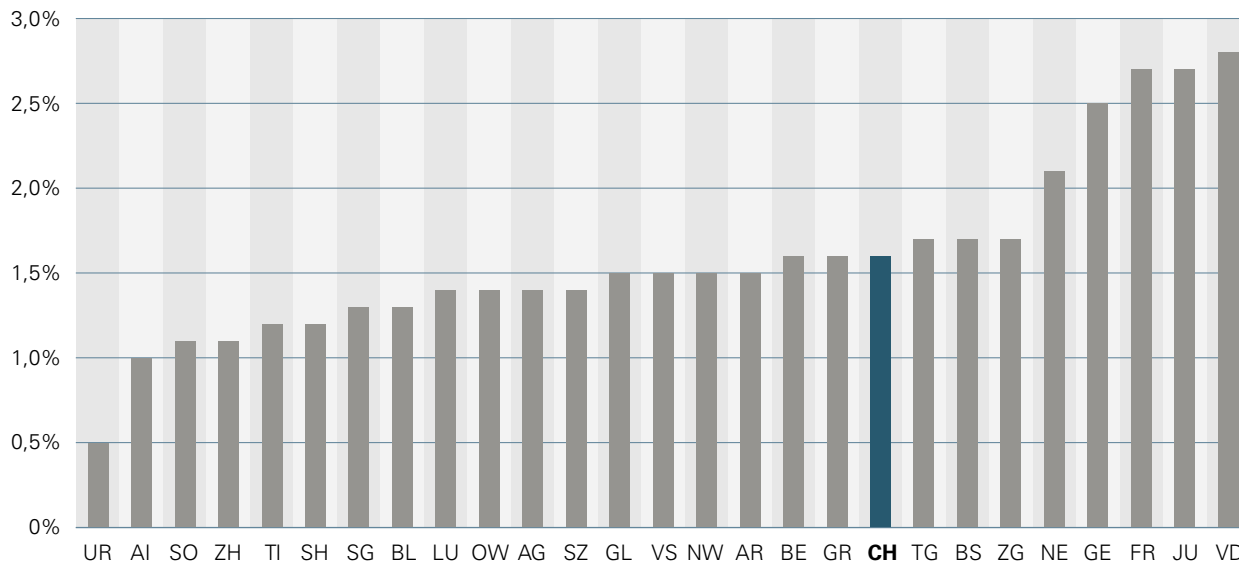
3 LU, UR, SZ, FR, VD, VS, NE, GE, JU.

AF Allocations familiales

Taux pondérés de cotisation des employeurs, par canton, en 2020



Taux pondérés de cotisation des indépendants, par canton, en 2020



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 1,11 % et 2,67 %. Le taux pondéré moyen des employeurs pour la Suisse est de 1,68 %.

Les taux pondérés de cotisation des indépendants, qui sont calculés de manière analogue, varient selon les cantons entre 0,54 % et 2,80 %. Le taux de cotisation pondéré moyen des indépendants pour la Suisse se situe à 1,64 %.

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 prévus par la LAFam ; sont donc versées mensuellement des allocations pour en-

fants de 200 francs et des allocations de formation de 250 francs.

En zone 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.

Comptes d'exploitation LFA, 2021, en millions de francs

Postes du compte	Dépenses	Recettes	Variation 2019/2020
Cotisations des employeurs		23	+6 %
Contributions des pouvoirs publics			
– Confédération $\frac{2}{3}$		45	-4 %
– Cantons $\frac{1}{3}$		23	-4 %
Prestations en espèce	89		-2 %
Frais d'administration	2		-5 %
Total	91	91	-2 %

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 2017 à 2021 ensemble des bénéficiaires

Année	Nombre de bénéficiaires		Coût ¹ (en mio de fr.)	
	Agriculteurs ¹	Salariés	Total	Confédération
2017	13'387	7'716	111	62
2018	13'022	8'261	101	55
2019	12'537	8'401	98	51
2020	11'848	8'213	93	47
2021	11'349	8'350	91	45

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 2017 à 2021, agriculteurs exerçant cette activité à titre principal¹

Année	Agriculteurs en région de plaine			Agriculteurs en région de montagne		
	Nombre de bénéficiaires	Nombre d'allocations	Coût en millions de francs	Nombre de bénéficiaires	Nombre d'allocations ³	Coût en millions de francs
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	6'403	14'413	34	5'445	13'330	31
2021 ²	6'224	13'895	32	5'125	12'374	30

1 Pour 2017 à 2019 : sans les agriculteurs exerçant leur activité à titre accessoire, les exploitants d'alpages et les pêcheurs professionnels ; à partir de 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.

Allocations familiales selon la LFA, de 2017 à 2021, 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	
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	10'360	–	27
2021	8'350	–	7'817	10'267	–	28

1 Ces chiffres ne sont plus relevés depuis 2020.

Réformes et perspectives

Compensation des charges entre les CAF

La motion Baumann (17.3860) « Allocations familiales. Pour une répartition des charges équitable » propose d'imposer aux cantons, dans le cadre de la LAFam, d'introduire une compensation intégrale des charges. Cette motion a été adoptée tant par le Conseil des États (le 15 mars 2018) que par le Conseil national (le 19 septembre 2018). Le Conseil fédéral a élaboré un projet correspondant, qu'il a mis en consultation le 29 avril 2020. La procédure de consultation s'est achevée le 9 septembre 2020. Les prises de position fortement contradictoires ont amené le Conseil fédéral à décider, lors de sa séance du 25 août 2021, de proposer au Parlement un classement de la motion Baumann.

Dissolution du fonds pour les allocations familiales dans l'agriculture

Le fonds pour les allocations familiales dans l'agriculture (Fonds LFA) est doté d'un capital de 32,4 millions de francs. Les intérêts qu'il génère sont employés pour réduire les contributions des cantons aux allocations familiales dans l'agriculture. Étant donné que le fonds ne génère pratiquement plus d'intérêts depuis 2018, il est prévu de le dissoudre et d'en répartir le capital entre les cantons. La consultation sur la révision de la LFA ainsi rendue nécessaire a duré du 29 avril au 9 septembre 2020. La dissolution du fonds LFA a été unanimement saluée. Lors de sa séance du 2 février 2022, le Conseil fédéral a donc soumis au Parlement un message en ce sens sur la modification de la LFA.

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 soient calculées en fonction du pouvoir d'achat pour les enfants vivant dans l'UE. La CSSS-N et la CSSS-E ont donné suite à l'initiative respectivement le 16 novembre 2018 et le 21 novembre 2019. Le 25 mars 2021, la CSSS-N a entamé le débat sur la mise en œuvre de l'initiative et a décidé de procéder à des clarifications supplémentaires. Le 18 mars 2022, le Conseil national s'est rallié à la proposition de la CSSS-N et a décidé de prolonger de deux ans le délai imparti au traitement de l'initiative parlementaire, soit jusqu'à la session de printemps 2024.

Ptra Prestations transitoires pour les chômeurs âgés

Situation et défis

Les prestations transitoires pour les chômeurs âgés (Ptra) font partie d'un train de mesures visant à promouvoir le potentiel de main-d'œuvre indigène, que le Conseil fédéral a développé en collaboration avec les partenaires sociaux. Le train de mesures comprend également des mesures visant à améliorer la compétitivité des travailleurs âgés sur le marché du travail et à faciliter leur réinsertion dans la vie professionnelle. Par exemple, les personnes de plus de 50 ans bénéficient d'un accès étendu aux programmes de formation et d'emploi de l'assurance-chômage. Ce n'est qu'en cas d'échec de la réinsertion sur le marché du travail du fait de l'âge que les Prta viendront assurer la transition vers la retraite imminente.

Le 30 octobre 2019, le Conseil fédéral a transmis à l'Assemblée fédérale le message concernant la loi fédérale sur les prestations transitoires pour les chômeurs âgés (LPtra). Le Conseil national et le Conseil des États ont adopté le projet de LPtra, lors du vote final du 19 juin 2020. Le 11 juin 2021, le Conseil fédéral a adopté l'ordonnance sur les prestations transitoires pour les chômeurs âgés (OPtra) et fixé son entrée en vigueur au 1^{er} juillet 2021.

Les personnes arrivées en fin de droit de l'assurance-chômage après l'âge de 60 ans et ne disposant pas de revenus suffisants peuvent bénéficier de Prta en attendant de toucher une rente de vieillesse. Les conditions sont notamment qu'elles aient exercé une activité lucrative suffisamment longtemps en Suisse et qu'elles ne disposent que d'une fortune modeste. En outre, les dépenses reconnues doivent être plus élevées que les revenus déterminants.

Le coût des Prta est financé par les ressources générales de la Confédération. Les Prta sont versées sous condition de ressources et s'inspirent largement des prestations complémentaires (PC) à l'AVS et à l'AI.

La mise en œuvre sera assurée par les mêmes organes – les organes d'exécution des PC – que les PC.

Objectifs et mesures stratégiques

Les Prta s'inscrivent dans la volonté du Conseil fédéral d'améliorer la situation des chômeurs âgés.

Chiffres actuels

Au cours du second semestre 2021, les demandes de Prta ont été accordées dans 169 cas (état : 31.12.2021). Néanmoins, le nombre de 169 cas en Suisse ne représente pas la totalité des personnes ayant eu droit à des Prta au cours du second semestre 2021, mais les cas annoncés par les organes d'exécution Prta dont la décision a été prise au cours de cette période. Raison pour laquelle ces chiffres sont à interpréter avec précaution.

Nombre de cas par canton (état 31.12.2021)

Canton	Cas	Canton	Cas
VD	18	TG	5
BE	16	VS	5
ZH	15	GR	4
AG	14	JU	2
SG	13	UR	1
TI	13	NW	1
GE	12	SH	1
FR	10	SZ	0
LU	9	OW	0
SO	9	GL	0
NE	9	ZG	0
BL	7	AR	0
BS	5	AI	0

**Nombre de cas par sexe
(état 31.12.2021)**

Femmes	40
Hommes	129

Perspectives

Cinq ans après l'entrée en vigueur, le Conseil fédéral soumettra au Parlement un rapport sur la mise en œuvre et l'efficacité, les conséquences financières ainsi que les effets sur le chômage et la probabilité pour les travailleurs âgés de trouver un emploi. Au même moment, il conviendra de proposer des adaptations au niveau de la loi et de l'ordonnance.

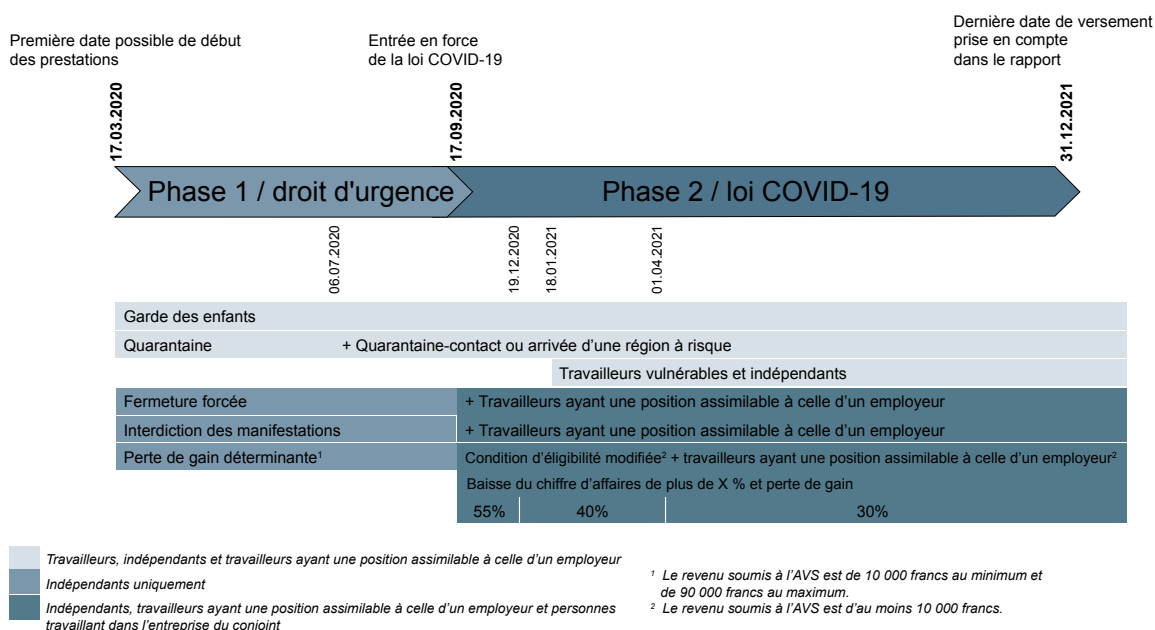
APG Allocation perte de gain coronavirus (APG COVID-19)

Informations générales

À compter du 20 mars 2020, le Conseil fédéral a arrêté une série de mesures visant à atténuer l'impact économique de celles prises en vue d'endiguer la propagation du coronavirus sur les entreprises et la population active. L'une de ces mesures était l'allocation perte de gain coronavirus (APG COVID-19). L'allocation perte de gain coronavirus était destinée par exemple aux salariés ainsi qu'aux indépendants touchés par une mesure de mise en quarantaine, de même qu'aux indépendants et aux dirigeants salariés qui accusaient une perte de gain ou une baisse de revenus en raison des mesures de lutte contre le coronavirus. Étaient notamment concernées les personnes qui enregistraient d'importantes pertes financières à la suite de la fermeture ou de la réduction de la capacité d'accueil d'établissements accessibles au public tels que les restaurants, les petits commerces, les salons de coiffure ou les centres de fitness, de même que les

personnes touchées par les mesures d'interdiction des manifestations, tels que les musiciens, les petits artistes ou les auteurs, ainsi que les personnes indirectement touchées par les mesures, tels que les chauffeurs de taxi, les organisateurs de voyages ou les photographes.

Afin de pouvoir verser rapidement les prestations, l'allocation a été conçue sur le modèle du régime des allocations pour perte de gain (APG)¹. Les indemnités journalières couvrent 80 % du revenu soumis à l'AVS, mais 196 francs par jour au maximum. L'application incombait aux caisses de compensation AVS. Les premiers paiements de l'APG COVID-19 ont été faits le 3 avril 2020. Les bénéficiaires ont pu déposer leurs demandes avec effet rétroactif à compter du 17 mars 2020. À partir du 17 septembre 2020, la loi COVID-19² en constituait la base légale. Ci-après une vue d'ensemble sommaire du cadre réglementaire et des modifications faites³.



1 Loi fédérale sur les allocations pour perte de gain du 25 septembre 1952 (LAPG), RS 834.1
 2 Loi fédérale sur les bases légales des ordonnances du Conseil fédéral visant à surmonter l'épidémie de COVID-19 (loi COVID-19) du 25 septembre 2020, RS 818.102
 3 Des informations détaillées sont disponibles à l'adresse <https://www.bsv.admin.ch/bsv/fr/home/assurances-sociales/eo-msv/grundlagen-und-gesetze/eo-corona.html>

Chiffres clés

Prestations versées entre l'entrée en vigueur de l'allocation (17.03.2020) et le 31 décembre de l'année concernée

	Nombre		Montant	
	2021	2020	2021	2020
Allocation pour la garde des enfants	20'540	17'940	43'010'000	39'996'000
Allocation en cas de quarantaine	232'760	78'450	228'451'000	80'270'000
Interdiction de manifestation	11'560	9'710	196'977'000	116'304'000
Fermeture forcée	79'680	76'660	1'154'633'000	968'594'000
Indemnisation des cas de rigueur	65'120	54'760	1'225'596'000	796'995'000
Allocation pour la garde des enfants Soins intensifs/école spéciale	180	130	395'000	346'000
Indemnisation des dirigeants salariés	32'900	7'000	714'076'000	62'215'000
Indemnisation des salariés et indépendants à risque	4'520	0	47'861'000	11'000
Total général	447'270	244'660	3'610'998'000	2'064'730'000

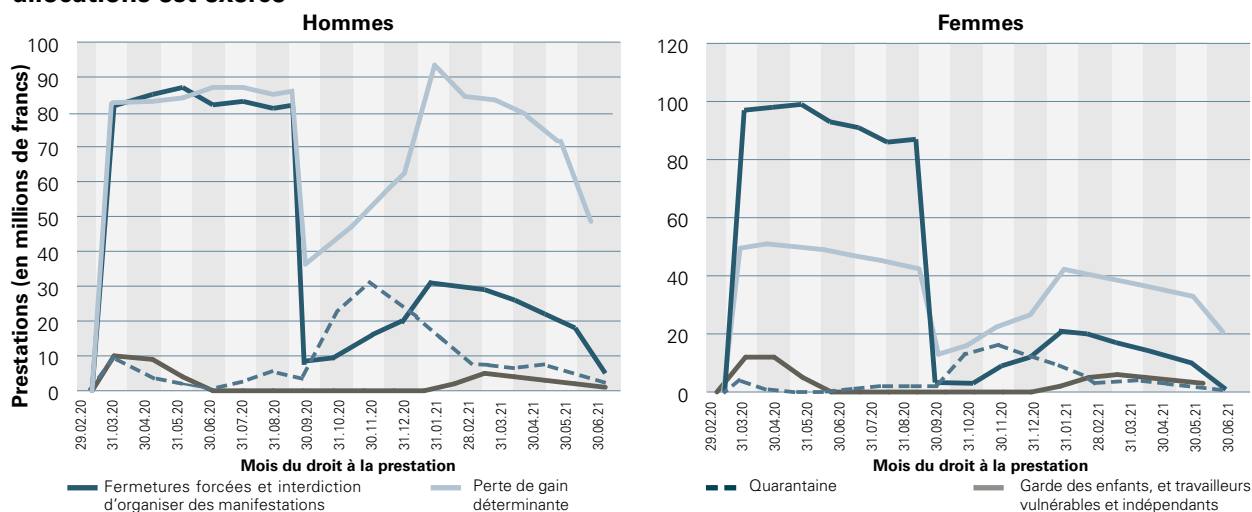
Source : Statistique de l'OFAS sur l'APG COVID-19, www.bsv.admin.ch/bsv/fr/home/assurances-sociales/eo-msv/grundlagen-und-gesetze/eo-corona/statistik.html

Note : La différence entre le nombre cumulé de personnes en 2021 et le nombre cumulé de personnes en 2020 indique le nombre de personnes ayant touché une APG COVID-19 en 2021, mais pas en 2020. La différence entre les montants cumulés versés en 2021 et les montants cumulés versés en 2020 indique le montant en CHF des prestations versées en 2021. Les prestations versées dépendent fortement de la situation épidémiologique, des mesures en vigueur ainsi que de la base légale applicable, comme le montre l'aperçu des prestations versées chaque mois durant lequel le droit aux allocations est exercé. Les prestations versées dépendent fortement de la situation épidémiologique, des mesures en vigueur ainsi que de la base légale applicable, comme le montre l'aperçu des prestations versées chaque mois durant lequel le droit aux allocations est exercé.

Les prestations versées dépendent fortement de la situation épidémiologique, des mesures en vigueur ainsi que de la base légale applicable, comme le

montre l'aperçu des prestations versées chaque mois durant lequel le droit aux allocations est exercé.

Prestations versées en mio de CHF par type de prestation, sexe et mois durant lequel le droit aux allocations est exercé



Source : Statistique de l'OFAS sur l'APG COVID-19, www.bsv.admin.ch/bsv/fr/home/assurances-sociales/eo-msv/grundlagen-und-gesetze/eo-corona/statistik.html

Note : la répartition par mois durant lequel le droit aux allocations est exercé calculée sur la base des données individuelles au 31.12.2021 n'est disponible que jusqu'au 30.06.2021, étant donné que les droits aux allocations du second semestre 2021 n'ont pas encore été déclarés dans leur totalité et ne figurent dès lors pas entièrement dans les données individuelles.

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 d'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) et les art. 74 et 75 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI).

Organisations privées d'aide aux personnes âgées

Afin de permettre aux personnes âgées de rester le plus longtemps possible à domicile, la 9^e 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 au moyen d'un contrat de subvention (ou contrat portant sur l'octroi d'aides financières). Sur les moyens alloués, qui atteignaient près de 68,5 millions de francs en 2021, environ 13,8 millions ont été affectés 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. 54,7 millions de francs ont servi à des prestations quantifiables tels que le conseil, l'assistance, l'occupation et les 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. L'Association Alzheimer Suisse et l'Association suisse des services d'aide et de soins à domicile transmettent

elles aussi, comme Pro Senectute et la Croix-Rouge suisse, une partie des aides financières accordées. Les principaux prestataires sont ici Pro Senectute et la Croix-Rouge suisse (CRS).

En vertu de l'art. 222, al. 3, RAVS, une somme déterminée est prélevée sur le Fonds AVS et créditée à l'AI au titre de la participation aux prestations que les organisations d'aide privée aux invalides fournissent au moyen de subventions visées à l'art. 74 LAI à des personnes qui n'ont été atteintes dans leur santé qu'après avoir atteint l'âge ordinaire de la retraite. En 2021, les organisations AI en question ont fourni, d'une part, des prestations à hauteur de près de 20 millions de francs et, d'autre part, un paiement compensatoire de CHF 6 512 836.00 sur la base de décomptes établis ultérieurement à la période contractuelle 2015–2019. Le montant est calculé conformément aux dispositions de l'art. 108quater RAI et se sont dès lors montées à env. 26,55 millions en 2021.

Organisations d'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 contractuelle 2020–2023. 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 « Orga-

nisations 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'OFAS optimise les subven-

tions dans le cadre des contrôles effectués sur les contrats en cours ainsi que pour la nouvelle période contractuelle eu égard aux nouvelles dispositions contractuelles.

Dépenses selon le compte d'exploitation 2021 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	13'792'159,30	56'663'993,00	68'456'152,30
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)			26'552'862,00
Total des subventions aux organisations de l'aide privée aux personnes handicapées selon le compte d'exploitation 2020 de l'AI, en francs			127'228'147,50

Evolution et mesures touchant l'ensemble du système

Recours contre le tiers responsable

Produit des actions récursoires, de 2015 à 2021, 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 250–270 millions de francs pour l'assurance-accidents au sens de la LAA et de 40–50 millions de francs pour l'AVS/AI

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

	2021	Variation 2020/2021
Montant total des rentes AVS/AI¹	5'469	2,1 %
Rentes AVS ²	5'061	2,4 %
Rentes AI ³	352	-1,1 %
Indemnités forfaitaires uniques	51	1,3 %
Transferts de cotisations	6	-5,0 %

1 Source : Annuaire statistique 2020, pp. 32, 39 et 40, 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 près de 5,5 milliards de francs. Ce montant correspond à 10,9 % du versement total des rentes ordinaires AVS et AI.

Nombre de conventions prévoient la possibilité de

remplacer le versement de rentes minimales par une indemnité forfaitaire unique ; cela concerne presque exclusivement des prestations de l'AVS.

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

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

UE-27/AELE et autres États contractants ¹	2021	Variation 2020/2021
Nombre de rentes AVS²	817'283	0,7 %
dont ressortissants de l'UE-27 ou de l'AELE	775'291	-0,4 %
dont de nationalité italienne (la majeure partie)	294'993	-0,9 %
Nombre d'ayants droit à des prestations de l'AI³	30'519	-2,0 %
dont ressortissants de l'UE-27 ou de l'AELE	27'440	-1,8 %
dont de nationalité portugaise (la majeure partie)	6'874	-3,2 %

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 817 000 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-27 ou de l'AELE ; les ressortissants italiens ont été particulièrement nombreux à toucher des prestations de l'AVS et les ressortis-

sants portugais, à toucher des prestations de l'AI. Le Royaume-Uni a quitté l'UE le 31 janvier 2020. Mais en ce qui concerne les assurances sociales, les réglementations en vigueur jusqu'à présent se sont appliquées jusqu'au 31 décembre 2020. 2021 est la première année où le Royaume-Uni n'est plus considéré comme un membre de l'UE.

Evolution et mesures touchant l'ensemble du système

Autres prestations en lien avec l'étranger¹

	2021	Variation 2020/2021
Prestations AVS/AI versées à des ressortissants suisses à l'étranger		
Montant total, en millions de francs	2'139	3,6%
AVS/AI : Personnes à l'étranger assurées facultativement		
Nombre d'assurés	11'011	-6,3%
Remboursement de cotisations à des ressortissants d'Etats non contractants		
Nombre de cas	2'055	3,6%
Montant total, en millions de francs	46	10,8%

¹ Source : Annuaire statistique 2020, pp. 27 et 33, CdC

Le système de sécurité sociale est également au service des ressortissants suisses à l'étranger. Ceux-ci peuvent ainsi percevoir des prestations de l'AVS et de l'AI et s'affilier à titre facultatif à l'AVS/AI, à certaines conditions.

Les ressortissants de pays n'ayant pas conclu de convention avec la Suisse ne peuvent toucher les rentes ordinaires qu'à condition d'avoir leur domicile civil en Suisse et d'y résider habituellement. S'ils quittent la Suisse, ce droit est suspendu. S'ils n'ont

pas droit à une rente au moment où le risque assuré se réalise ou s'ils quittent définitivement la Suisse avant la naissance du droit à la rente, les ressortissants étrangers peuvent, à certaines conditions, obtenir le remboursement des cotisations AVS versées par eux-mêmes et par leurs employeurs. En outre, certaines conventions permettent aux ressortissants de l'autre État contractant de choisir entre la perception d'une rente et le remboursement des cotisations.

Entraide en matière de prestations dans l'assurance-maladie

En vertu de l'Accord sur la libre circulation des personnes (ALCP) conclu avec l'Union européenne et de la Convention AELE, la Suisse participe à l'entraide en matière de prestations avec les États membres de l'UE-27 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-27 ou de l'AELE les coûts de l'entraide en matière

de prestations qu'elle a avancés pour leurs assurés. En 2021, ces coûts ont atteint 168 millions de francs (-0,7 % par rapport à 2020 ; les chiffres entre parenthèses indiquent toujours la variation par rapport à l'année précédente), pour un total de 216 292 cas (+6,5 %). D'un autre côté, elle réclame aux assureurs suisses les coûts des prestations fournies dans les États membres de l'UE-27 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 378 664 cas (+17,1 %), pour un montant total de 181 millions de francs (+16 %).

Accords internationaux

Royaume-Uni de Grande-Bretagne et Irlande du Nord

Le Royaume-Uni a quitté l'UE le 31 janvier 2020, mais les accords bilatéraux avec l'UE se sont appliqués au Royaume-Uni jusqu'au 31 décembre 2020. La Suisse souhaite garantir les droits et les obligations existants au-delà de la période transitoire (fin 2020) (stratégie « Mind the gap »). C'est la raison pour laquelle l'accord entre les deux pays concernant les droits de leurs citoyens est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2021 et protège notamment les droits acquis dans le domaine de la sécurité sociale pour les personnes soumises à l'Accord sur la libre circulation des personnes (ALCP) avant le Brexit.

En outre, la convention de sécurité sociale de 1968, suspendue lors de l'entrée en vigueur de l'ALCP, s'est appliquée de nouveau de façon transitoire à partir du 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 a au moins permis de définir les compétences en matière de cotisations et de prestations et de garantir l'exportation des rentes. Une nouvelle convention de sécurité sociale a été négociée au cours de l'année 2021 avec le Royaume-Uni. Sa signature a eu lieu le 9 septembre 2021. Cette convention reprend, dans le contexte bilatéral, les règlements de coordination de l'UE – avec certaines divergences – appliqués par la Suisse dans le cadre de l'ALCP. La nouvelle convention s'aligne sur l'accord conclu entre le Royaume-Uni et l'UE.

Elle est appliquée à titre provisoire depuis le 1^{er} novembre 2021, afin de combler l'importante lacune apparue entre la fin de l'ALCP et l'application de la nouvelle convention. Le 27 avril 2022, le Conseil fédéral a adopté un message à l'intention du Parlement en vue de l'approbation de la convention.

Bosnie-Herzégovine : La nouvelle convention de sécurité sociale est entrée en vigueur le 1^{er} septembre 2021, remplaçant l'ancien accord conclu autrefois avec la République fédérative populaire de Yougoslavie.

Tunisie : Le Parlement a approuvé la convention lors de sa session de printemps 2022. Le délai référendaire expire le 7 juillet 2022.

Albanie : La signature de la convention a eu lieu le 18 février 2022. Il est prévu que le Conseil fédéral adopte le message à l'intention du Parlement d'ici à l'automne 2022.

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

Evolution et mesures touchant l'ensemble du système

Recherche

La recherche sur la sécurité sociale

L'OFAS est responsable de la recherche sur la sécurité sociale. Les activités de recherche et d'évaluation 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 2021, 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.

Projets de recherche et d'évaluation de l'OFAS ayant fait l'objet d'une publication en 2021 : deux exemples

Quelles sont les conséquences de la pandémie de COVID-19 sur la pauvreté en Suisse ? Dans quelle mesure les inégalités socio-économiques s'en trouvent-elles modifiées ? Afin de répondre à ces questions, 102 projets de recherche terminés, en cours ou planifiés ont été pris en compte (état : fin juillet 2021) dans l'établissement du rapport **« Auswirkungen der Corona-Pandemie auf Armut und sozioökonomische Ungleichheit Bestandsaufnahme und Synthese der Forschungstätigkeit im Auftrag der Nationalen Plattform gegen Armut »** (en allemand, avec résumé en français).

Les projets ont été sélectionnés dans le cadre de recherches exhaustives sur Internet et dans la littérature, ainsi que sur la base d'une enquête en ligne réalisée auprès de chercheurs.

Les projets qui se concentrent sur les questions de pauvreté ou une sélection de groupes vulnérables (par ex. des personnes dont la situation en matière de logement est difficile ou dont le statut de séjour

n'est pas réglé) se basent fréquemment sur des méthodes de recherche qualitatives et traitent souvent de travail et de migration. S'ils recourent à une approche quantitative, c'est souvent en combinaison avec un approfondissement qualitatif : les projets privilégiant les méthodes quantitatives contenaient principalement des analyses d'enquêtes générales menées auprès de la population et des enquêtes menées auprès de certains groupes (personnes âgées, jeunes, indépendants, etc.)

Une partie importante de ces projets traitent de la santé psychique et de la formation. Un nombre particulièrement élevé de projets liés à la pauvreté ont un ancrage local, très souvent en Suisse romande. Cette synthèse révèle que les mesures de soutien financier prises par la Confédération, les cantons et les communes afin d'atténuer les conséquences économiques de la pandémie permettent d'empêcher une précarisation massive. Malgré cela, de nombreux résultats mettent en évidence une aggravation – du moins temporaire – des inégalités socio-économiques et des situations déjà précaires. Durant la crise liée à la pandémie de COVID-19, plus le statut socio-économique d'un ménage était modeste, plus celui-ci a dû faire face à des pertes financières et donc à un stress psychique importants. Les personnes et les familles dont le revenu provenait d'un emploi précaire ont été particulièrement touchées, car elles ont, pour diverses raisons, bénéficié d'une moins bonne couverture sociale. En effet, faute de permis de séjour ou de situation professionnelle en règle, certaines n'avaient pas droit aux prestations des assurances sociales. D'autres auraient pu obtenir un soutien, mais y ont renoncé, par peur de la stigmatisation ou des conséquences sur leur statut de séjour. La pandémie a mis en lumière une fois de plus l'importance de garantir le flux d'information notamment vers les personnes difficilement accessibles. Dif-

férentes études ont conclu que pour éviter l'aggravation d'une situation précaire et de la faim, il était indispensable de faciliter l'accès à l'aide alimentaire, aux prestations de santé et au logement. Suite à la fermeture des écoles au niveau national, on a supposé que l'enseignement à distance avait accru l'inégalité des chances et creusé le fossé existant en matière d'éducation. Rien, à l'heure actuelle, ne permet d'attester directement de cet effet. On observe néanmoins une accentuation générale des différences individuelles de performance entre les élèves. Par ailleurs, en raison des tâches supplémentaires liées à la garde des enfants et à l'enseignement à domicile, les parents ont parfois dû réduire leurs capacités professionnelles. Les femmes, tous niveaux d'études confondus, étaient davantage touchées que les hommes et les personnes à bas revenus se sont senties plus surchargées que les personnes des autres catégories de revenus du fait qu'elles devaient en plus surveiller l'accomplissement du travail scolaire par les enfants.

Dans l'ensemble, les études identifient les principales raisons et les principaux mécanismes de la précarisation de certains groupes sociaux. Elles offrent un aperçu des stratégies d'adaptation mises en œuvre par les personnes concernées et donnent des indications sur les améliorations à apporter au système de soutien. Des études permettant de savoir combien de personnes ont été affectées par cette précarisation et pendant combien de temps font encore défaut à ce stade.

Depuis 2016, la plateforme nationale Jeunes et médias de l'OFAS met en œuvre des mesures éducatives de la protection des enfants et des jeunes face aux médias. Afin que les enfants et les jeunes de Suisse puissent gérer de façon sûre et responsable les médias numériques, les quatre objectifs suivants ont été mis en avant :

- Promouvoir les compétences médiatiques des personnes de référence afin qu'ils puissent assurer un accompagnement efficace des enfants et des jeunes.
- Soutenir et renforcer les actions menées par les acteurs du secteur (associations faitières ou associations professionnelles, fournisseurs nationaux ou suprarégionaux).
- Soutenir la recherche et développer les connaissances existantes.
- Garantir la mise en réseau (par ex. réunions de réseaux et conférences spécialisées).

Le DFI dresse tous les cinq ans un rapport sur la mise en œuvre de ces mesures, à l'intention du Conseil fédéral. Le rapport du 30 avril 2021 est fondé sur l'évaluation des mesures éducatives prises dans le domaine de la protection des enfants et des jeunes face aux médias de 2016 à 2020, réalisée entre les mois d'octobre 2019 et mai 2020. Ont été évaluées la conception et la mise en œuvre, les prestations, leurs effets auprès des destinataires, ainsi que l'utilisation des ressources depuis 2016. Des recommandations en matière de protection des enfants et des jeunes face aux médias ont été tirées de cette évaluation. Du point de vue méthodologique, l'évaluation est basée sur une analyse des documents et des données, une enquête en ligne non représentative de 765 personnes (362 multiplicateurs et 403 personnes de référence) dans trois régions linguistiques et 15 entretiens ciblés réalisés auprès d'experts issus de différents domaines. Les conclusions de l'évaluation sont tout à fait réjouissantes. La conception est jugée cohérente et la mise en œuvre, appropriée. Les acteurs sondés estiment que les prestations fournies sont positives, voire très positives. C'est également le cas du rapport coûts / bénéfices : selon les experts interrogés, l'OFAS parvient, avec des ressources en personnel modestes, à fournir un grand nombre de prestations, à proposer des produits de qualité, à organiser des manifestations intéressantes,

Evolution et mesures touchant l'ensemble du système

à mettre en réseau différents acteurs du domaine et à contribuer à la coordination des mesures existantes. L'évaluation confirme l'efficacité des prestations. Elle recommande de poursuivre les mesures, tout en proposant de légères adaptations : les offres Jeunes et médias doivent mieux se distinguer les unes des autres, les prestations visant à soutenir les acteurs-clés doivent être renforcées et les échanges avec les organisations non gouvernementales systématisés

Sources :
Beyeler, Michelle ; Hümbelin, Oliver ; Korell, Ilona ; Richard, Tina ; Schuwey, Claudia (2021). Auswirkungen der Corona-Pandemie auf Armut und sozioökonomische Ungleichheit. Berne : Office fédéral des assurances sociales (OFAS).
La Mantia, Alexandra ; Iselin, Milena ; Müller, Franziska ; Ritz, Manuel (2020). Evaluation der Massnahmen im Bereich des erzieherischen Jugendmedienschutzes 2016–2020. Aspects de la sécurité sociale. Rapport de recherche n° 12/20. Berne : Office fédéral des assurances sociales (OFAS).

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. Le rapport présente les commissions fédérales dont les activités principales concernent les domaines couverts par le présent document. 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 pour la qualité (CFQ)

Commission fédérale de l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (Commission AVS/AI)

La Commission fédérale de l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (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 2021. Elle a examiné notamment l'ordonnance sur la présentation des comptes de compenswiss (fonds de compensation AVS/AI/APG), la convention de sécurité sociale avec le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, le rapport « Numérisation – Examen d'une flexibilisation dans le droit des assurances sociales (Flexi-Test) » et la loi COVID-19.

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 trois reprises en 2021. Il y a été ques-

tion 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 2021, 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 COVID-19.

Commission fédérale de la prévoyance professionnelle (Commission LPP)

La Commission LPP émet des avis à l'intention du Conseil fédéral sur l'application et le développement de la prévoyance professionnelle. La Commission est composée de 16 membres nommés par le Conseil fédéral. En 2021, elle n'a siégé qu'une seule fois en raison de la situation liée au coronavirus. Lors de sa séance du 23 août 2021, elle a recommandé le maintien du taux d'intérêt minimal LPP de 1 % au Conseil fédéral.

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

La CFEJ a pour mandat d'observer la situation des enfants et des jeunes en Suisse, d'en suivre l'évolution et de proposer, au besoin, des mesures. Elle est aussi appelée à prendre position sur des projets ou révisions de lois pour en examiner les conséquences pour les enfants et les jeunes. Par ailleurs, la commission a pour mission de sensibiliser l'opinion publique aux attentes et aux besoins des jeunes générations. Au cours de l'année sous revue, la CFEJ a continué de publier ses « 3 minutes pour les jeunes » et elle a pris position sur l'avant-projet de révision du droit pénal en matière sexuelle et sur la stratégie pour le développement durable 2030. La commission a aussi interpellé le Conseil fédéral et l'OFSP au sujet des effets sur les

enfants et les jeunes des mesures de lutte contre la pandémie de Covid. Dans le cadre de ses travaux sur ses thèmes forts 2020-23, la CFEJ a attribué un mandat de recherche sur les formes de participation politique et la motivation des jeunes à s'engager dont les résultats sont attendus pour octobre 2022. En mai 2021, elle a publié le rapport « Perspective de genre dans la politique de l'enfance et de la jeunesse : pourquoi et comment agir ? Tour d'horizon des concepts, études et pratiques » qui présente les résultats d'une recherche de terrain menée sur mandat de la CFEJ par l'association SEM Succès Egalité Mixité. La clarification conceptuelle et les projets répertoriés et analysés lors de cette étude ont permis à la commission de définir les grandes lignes d'une conférence nationale qui se déroulera en avril 2022. Finalement, pour remplacer des membres arrivant en fin de mandat ou démissionnaires, six nouveaux membres ont été nommés par le Conseil fédéral lors d'une élection complémentaire.

Les rapports, les documents et prises de position ainsi que la documentation relative à des manifestations de la CFEJ tout comme la liste des membres sont à disposition sur www.cfej.ch.

Commission fédérale pour les questions familiales (COFF)

La COFF s'engage pour des conditions-cadres favorables aux familles. En tant que commission spécialisée, elle met à la disposition des autorités fédérales et d'autres acteurs des connaissances spécifiques sur la politique familiale. Elle informe et sensibilise le public ainsi que les institutions concernées et favorise les échanges de vues entre l'administration, les acteurs politiques et les différentes organisations actives sur le plan de la politique familiale. La COFF 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

Evolution et mesures touchant l'ensemble du système

et suggère des mesures de mise en œuvre. Elle donne régulièrement des avis sur les projets de politique familiale.

Durant l'année sous revue, elle a publié quatre documents utiles pour la politique familiale concernant la conciliation de la vie familiale et de la vie professionnelle : elle a obtenu un nouveau calcul des coûts du modèle de congé parental COFF 2018 et montré, dans une *policy brief*, l'importance des difficultés d'accès aux offres d'accueil que rencontrent par exemple les familles issues de la migration. Au mois d'août 2021, elle a publié un rapport d'INFRAS relatif au financement de l'accueil institutionnel pour enfants et des tarifs parentaux, duquel elle a tiré 18 recommandations à l'intention des acteurs politiques et des autorités. En 2020, la Commission a débuté un travail de recherche en collaboration avec l'institut Marie Meierhofer pour l'enfant, l'Université de Zurich et les cantons de Vaud et de Zurich. Le rapport qui paraîtra en 2022 vise à étudier l'impact du nouveau droit de garde partagée sur les familles des quelque 90 000 enfants qui grandissent dans différents ménages. La Commission a également été soumise à des modifications internes en 2021. Au mois d'octobre, le Conseil fédéral a élu une nouvelle présidente, Monika Maire-Hefti, ainsi que trois autres membres.

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 assure la surveillance du fonds et en examine les comptes annuels ainsi que les rapports annuels à l'intention du Conseil fédéral. Elle assiste le Conseil fédéral dans toutes les questions financières relatives à l'assu-

rance, 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. Elle est habilitée à émettre des directives générales relatives à l'exécution de MMT. La Commission comprend sept représentants des employeurs, sept des travailleurs ainsi que deux de la Confédération, quatre des cantons et un des milieux scientifiques. Le Conseil fédéral nomme les membres et désigne le président. La Commission a tenu six séances plénières en 2021.

Commission fédérale des médicaments (CFM)

La Commission fédérale des médicaments a tenu six séances en 2021. 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 2021. 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 Département fédéral de l'intérieur (DFI).

Commission fédérale des analyses, moyens et appareils (CFAMA)

La sous-commission des analyses de la CFAMA a siégé deux fois (au complet) en 2021. La sous-commission des moyens et appareils de la CFAMA a siégé trois fois.

Commission fédérale pour la qualité (CFQ)

La CFQ a débuté son activité le 1^{er} avril 2021. Elle s'est réunie sept fois en 2021. Ses tâches incluent le conseil des acteurs en matière de coordination, y compris les recommandations ciblées en vue du développement de la qualité. Afin de réaliser les objectifs fixés par le Conseil fédéral, la CFQ a mandaté des tiers pour mettre en œuvre des programmes nationaux de développement de la qualité. Elle peut en outre soutenir des projets nationaux ou régionaux de développement de la qualité.

Observations

Bases légales

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 le 1^{er} octobre 2019, 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, à l'assurance-maladie sociale, 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

L'OFAS a relevé, pour la deuxième fois depuis l'introduction des dispositions légales correspondantes, les données statistiques pour l'année 2021, conformément aux directives sur les observations effectuées pour les assurances sociales (DOAS)¹, déclarées applicables au domaine des assurances-accidents par l'OFSP dans sa circulaire n° 35 de décembre 2019 et au domaine de l'assurance-maladie obligatoire ainsi qu'à l'assurance facultative d'indemnités journalières selon la LAMal dans sa circulaire n°7.10 du 12 avril 2022.

Dans le domaine de l'AC, les organes d'exécution sont tenus de consulter le SECO avant d'ordonner toute observation et ne peuvent la mettre en œuvre que si le SECO l'estime justifiée. En 2021, le SECO n'a reçu aucune demande d'autorisation d'une observation. Dès lors, aucune observation n'a été effectuée dans le domaine de l'AC.

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, l'AA et les PC, ce sont au total 49 observations qui ont été ordonnées sur la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 2021. Le nombre d'observations se situe au même niveau que l'année précédente. En 2020, 46 observations avaient été effectuées. Avant l'arrêt des observations, leur nombre se situait à environ 150 par année. Le faible nombre d'observations s'explique probablement par la pandémie de COVID-19 et les fermetures de commerces et de restaurants ainsi que la réduction de la circulation des personnes.

¹ cf. ch. 6001 et Annexe 1 des directives.

Evolution et mesures touchant l'ensemble du système

Collecte d'autres données

Les articles sur l'observation ne revêtent toutefois pas la même importance pratique pour toutes les assurances sociales. Dans le passé, ce sont essentiellement l'AI et l'AA qui 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 considéré comme traité dans le cadre du processus LFA, notamment si les spécialistes chargés du droit aux prestations relèvent des signes de possible fraude à l'assurance et soumettent le dossier au processus LFA, ou lorsque des soupçons sont communiqués 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 de se faire néanmoins une idée de l'ordre de grandeur des prestations suspendues sur une certaine période, les montants mensuels des prestations suspendues en 2021 ont été extrapolés sur une année². Mais les prestations individuelles ont bien entendu été suspendues à différents moments de l'année, ce qui permet d'obtenir seulement une estimation approximative des montants annuels de prestations que les assureurs pourraient à l'avenir épargner sur la base des mesures prises en 2021. Il y a lieu de tenir compte, dans cette estimation, que dans l'AI les suspensions concernent presque uniquement des rentes et dans l'AA essentiellement

des indemnités journalières. Les rentes sont en partie versées pendant des décennies, tandis que les indemnités journalières sont souvent versées sur une période nettement plus courte. Ainsi, une suppression des prestations dans l'AI concernera probablement une période nettement plus longue que dans le domaine de l'AA. Il est à noter par ailleurs qu'il n'est pas possible d'enregistrer l'ensemble des économies réalisées, étant donné que certains faits ne sont pas enregistrés comme relevant d'un cas d'abus en matière d'assurance. C'est le cas par exemple lorsqu'une prestation d'assurance est suspendue, ou lorsqu'elle n'a même jamais été versée (par ex. rente AI), entraînant de ce fait que des prestations d'autres assureurs soient suspendues, voire ne soient même jamais versées (par ex. AA, PP, PC).

Pas de relevé statistique dans les domaines de la LAMal, des APG, de l'allocation de maternité et de paternité, des allocations familiales et de l'AMal

L'observation n'est guère indiquée dans les assurances mentionnées ci-dessous. C'est pourquoi il a été renoncé à un relevé statistique. Les allocations pour perte de gain et l'allocation de maternité et de paternité 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, une observation ne permet pas de garantir le respect des dispositions légales.

² L'estimation pour l'année 2020 (voir rapport de l'année dernière, p. 106) doit être corrigée en ce qui concerne l'assurance-accidents, étant donné que certains assureurs ont déclaré par erreur des montants excessifs. Le montant corrigé des économies réalisées dans l'AA est de CHF 8,894 millions de francs. Au total (c'est-à-dire en comptant l'AI et l'AA), le montant corrigé des économies se monte à CHF 11,287 millions de francs.

Dans le domaine de l'assurance-maladie obligatoire et de l'assurance facultative d'indemnités journalières selon la LAMal, les données disponibles pour l'année sous revue ne sont pas complètes. Ces données seront relevées pour l'année 2022.

Obligation d'obtention d'une autorisation

Les spécialistes mandatés par les assureurs sociaux pour effectuer les observations doivent disposer d'une autorisation de l'Office fédéral des assurances sociales (art. 7a OPGA). Actuellement, 67 spécialistes de l'observation possèdent une autorisation en cours de validité³.

Mise en œuvre dans l'AI auditée

La mise en œuvre des nouvelles dispositions relatives à la surveillance dans l'AI a été examinée en 2021. Les audits ont conclu que les offices AI connaissent les nouvelles règles et ont adapté leurs processus ainsi que leurs critères aux nouvelles bases légales. Les processus prévoient une étroite collaboration entre les offices AI et les spécialistes durant une observation en cours, de sorte que les observations puissent aboutir ou être interrompues à tout moment dans le cas où le soupçon serait confirmé ou démenti. Certains offices AI collaborent avec des entreprises qui emploient des

collaborateurs possédant une autorisation d'effectuer des observations selon l'art. 43a LPGa. L'accréditation de ces collaborateurs est contrôlée par l'office AI au moment de l'octroi du mandat. Les offices AI garantissent que les observations ne sont mandatées qu'en dernier recours, c'est-à-dire uniquement dans le cas où toutes les autres clarifications des faits d'ont pas permis d'aboutir à un résultat concluant. Les mandats d'observation sont octroyés au moment où ils sont signés par le responsable de l'office AI. D'autres offices AI engagent leurs propres collaborateurs accrédités. Les audits ont montré que les petits offices AI peuvent compter sur la collaboration avec les grands offices AI pour la mise en œuvre des observations (utilisation de synergies et de savoir-faire).

3 État au 21.04.2022.

Relevé statistique dans le cadre de la lutte contre la fraude à l'assurance et des observations effectuées pour l'année 2021

		AI	AA	PC	AM	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 2021	Nombre	43	4	2	0	49
Plaintes pénales déposées par l'assureur durant l'exercice 2021 à l'issue d'une observation	Nombre	13	1	1	0	15
Recours à des instruments techniques de localisation (art. 43b LPGA) durant l'exercice 2021	Nombre de demandes d'autorisation	3	0	0	0	3
	Dont autorisés	3	0	0	0	3
Dossiers remis dans le cadre du processus LFA durant l'exercice 2021	Nombre	2'018	3'873			5'891
Dossiers qui, après un premier tri, ont été traités et clos dans le cadre du processus LFA durant l'exercice 2021 ¹	Total (y c. dossiers avec des observations)	1'238	3'250			4'488
	Dont avec des observations	51	27	3	0	81
Soupçon de perception indue de prestations confirmé ; nombre de décisions rendues ²	Total (y c. dossiers avec des observations)	111	341			452
	Dont avec des observations	17	17	2	0	36
Soupçon de perception indue de prestations confirmé ; somme (arrondie) des prestations effectivement suspendues en CHF ³	Total (y c. dossiers avec des observations)	1,789	11,805			13,594
	Dont avec des observations	0,378	0,886	0,043	0,000	1'307
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)	98	237			335
	Dont avec des observations	26	0	0	0	26
Coûts en personnel pour la LFA (y c. les coûts externes) assumés par l'assureur durant l'exercice 2021 ⁴	en Mio. CHF (somme arrondie)	5,151	3,220			8,371
Coûts externes ⁵ durant l'exercice 2021 pour des mandats d'observation donnés par l'assureur lui-même et/ou coûts internes pour des observations effectuées par ses propres collaborateurs	en Mio. CHF (somme arrondie)	0,648	0,080	0,006	0,000	0'734

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'assurance-invalidité et l'assurance-accidents.

- 1 Concerne les dossiers qui ont été remis dans le cadre du processus LFA durant les années civiles écoulées, pour lesquels une instruction approfondie a été nécessaire et qui ont été classés durant l'année sous revue. Ne sont pas comptabilisés les dossiers pour lesquels un examen préalable a montré que des investigations approfondies dans le cadre de la LFA ne sont pas nécessaires.
- 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 dans tous les cas des décisions exécutoires.
- 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 de personnel interne, seuls les coûts salariaux sont pris en compte et non l'ensemble des coûts.
- 5 Pour les mandats externes, la date de facturation est déterminante. Les coûts liés aux mandats externes sont également inclus dans les indications fournies à la ligne précédente.

Jurisprudence

La jurisprudence revêt une grande importance pour la mise en œuvre des assurances sociales, car elle permet de clarifier l'interprétation des normes et contribue ainsi à la sécurité juridique en cas de litige. Elle a certes des effets directs uniquement sur le cas particulier qu'elle concerne. Mais elle acquiert une portée bien plus générale 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.

Recours

Calcul du dommage consécutif à la perte de soutien au jour du décès - prise en compte des revenus de la fortune issus des parts à la succession dans le calcul de la perte de soutien **ATF 147 III 402**

Alors qu'elle se rendait à vélo à son travail, roulant sur une piste cyclable, un matin de janvier 2006, la gynécologue X., alors âgée de près de 50 ans, est renversée par un camion non prioritaire et décède sur place. Elle laisse un mari, âgé de 54 ans, chimiste, et deux garçons, D. et R., âgés respectivement de 14,5 et 12,5 ans. Dans la procédure pénale, le conducteur du véhicule a été déclaré coupable d'homicide par négligence au sens de l'art. 117 CP. Les assureurs sociaux des premier et deuxième piliers intentent une action récursoire contre l'assurance responsabilité civile du véhicule au sens de l'art. 58 LCR. Elles font valoir des prétentions pour les prestations de rente versées aux survivants à hauteur du dommage subi par la perte de soutien ; dans leur recours au Tribunal fédéral, l'AVS et l'institution de prévoyance co-représentées requièrent en conclusion un montant respec-

tivement de 321 928 francs et de 759 769 francs, toutes deux avec des intérêts de 5 % en sus. L'assurance responsabilité civile défenderesse conclut au rejet (avec suite de frais et dépens) du recours et exige dans son recours contre l'institution de prévoyance le rejet de la plainte pour le montant dépassant 207 769 francs, subsidiairement le renvoi de la cause pour réexamen à l'autorité inférieure.

De l'avis du Tribunal fédéral, il ne se trouve en l'espèce aucun motif assez sérieux pour justifier un changement de pratique et passer à un mode de calcul en deux phases du dommage consécutif à la perte de soutien (consid. 5.3.4). La référence à une recommandation de l'ASA/OFAS et de la SUVA prévoyant un calcul de ce type de dommage en deux phases comme dans un cas d'invalidité ne suffit pas à prouver qu'une telle pratique est aussi effectivement appliquée. Le calcul en deux phases n'est pas adéquat car la date de l'arrêt qui marque la limite entre l'évaluation concrète et abstraite des dommages dépend de la tactique adoptée par les parties en procédure et n'a aucun rapport logique avec la date du décès (consid. 5.3.4.5). Le calcul purement abstrait des dommages au jour du décès sera donc privilégié, car les faits qui interviennent après la disparition de la personne subvenant aux besoins sont dénués de pertinence et ne peuvent être pris en compte qu'avec une certaine réserve (consid. 7.3). En référence à Stephan Weber, *Wer versorgt wen womit – Vorschläge für neue Berechnungsmethoden und Hilfsmittel beim Schaden infolge Tötung*, in : *Personen-Schaden-Forum* 2019, p. 201 s., la question juridique de la répartition des coûts fixes par tête est jugée suffisamment motivée puisque l'attribution en fonction de la personne à l'origine des coûts ne semble pas applicable (consid. 8.3). En se basant sur la capitalisation dans des cas de lésions corporelles, l'autorité inférieure a estimé que des revenus de la fortune de 3,5 % étaient imputables sur les apports de capitaux à hauteur de 2,75 millions de francs pour le

Evolution et mesures touchant l'ensemble du système

veuf et de 0,5 million de francs pour chacun des orphelins (= somme totale de 96 205 francs par an pour le veuf et de 17 661 francs pour chacun des deux fils) (consid. 10.2.4). La prise en compte des revenus de la fortune dans la fortune du mari (apportée) lors du mariage à hauteur de 3 millions de francs est niée faute de preuve de son utilisation pour le soutien. La conclusion selon laquelle les revenus de la fortune n'étaient pas nécessaires pour couvrir les frais de subsistance en raison du niveau élevé des revenus de l'activité professionnelle ne saurait être contestée (consid. 10.3). La question (juridique) de l'imputabilité des revenus de la fortune sur les parts successorales est complexe car il s'agit de délimiter les notions confuses sur le plan doctrinal de l'avantage, d'une part, et de la prestation de soutien, d'autre part (consid. 10.5). Le point de vue est non pas celui de la personne soutenue et de ses besoins dans le sens de la nécessité du soutien, mais celui de la personne subvenant aux besoins et de ses prestations (perdues). Le critère de la nécessité n'a aucune importance en soi (consid. 10.5.1). L'interruption de l'accumulation d'actifs due au décès du soutien ne constitue pas un dommage déterminant. Concernant la prestation de soutien à indemniser, il n'existe aucun motif objectif de traiter l'accumulation d'actifs par le biais d'économies sur les revenus de la personne subvenant aux besoins différemment de l'accumulation d'actifs par suite de l'alimentation des revenus de la fortune par la personne soutenue (consid. 10.5.2). C'est pourquoi la possibilité de cette dernière d'obtenir elle-même des revenus de la fortune du fait d'une dévolution anticipée du patrimoine est qualifiée d'avantage. Si les revenus de la fortune sont imputés sur l'apport de capitaux, ce n'est pas le cas des revenus de la fortune déjà en possession du veuf avant la disparition de la personne subvenant aux besoins (consid. 10.5.3). Le Tribunal fédéral estime convaincant l'avis partagé par une partie de la doctrine et repris par l'autorité inférieure selon

lequel les revenus futurs doivent être imputés sur le capital versé d'une assurance de sommes. La disposition de l'art. 96 LCA doit être interprétée de manière restrictive dans le sens qu'elle concerne uniquement l'imputation du capital de sommes et non pas les revenus qui en résultent. La succession et l'assurance de sommes reposent sur un fondement juridique spécifique, mais sont toutes deux versées par suite du décès et sont intrinsèquement liées à la disparition du soutien. Il serait inconséquent d'imputer les revenus sur la succession, sauf ceux qui proviennent du capital de l'assurance de sommes (consid. 10.7.3). Pour évaluer la prise en compte des revenus de la fortune, le Tribunal fédéral estime inapproprié d'appliquer tant le taux de capitalisation pour des rentes que le taux d'intérêt minimal selon la LPP valable durant la période de référence. L'étude à long terme, mentionnée à raison par l'assurance responsabilité civile et réalisée par la banque Pictet, sur la performance des actions suisses et des obligations en francs suisses sur la période de 2006 à 2019 fait état d'un rendement moyen de 7,21 % pour les actions et de 2,52 % pour les obligations. Le taux d'intérêt abstrait de 3,5 % invoqué par l'autorité inférieure ne semble donc pas trop élevé et n'impliquerait pas une restructuration de la fortune (consid. 10.8.3.2). Le dommage consécutif à la perte de soutien résulte de la comparaison sur différentes périodes entre le défaut du soutien et les revenus de la fortune imputables. Le Tribunal fédéral ne suit pas l'avis défendu par l'assurance responsabilité civile qui prétend que l'excédent de revenus du veuf durant la première période serait à imputer sur la perte de soutien des trois périodes suivantes (consid. 11.1). L'estimation des revenus sur la base de valeurs empiriques effectuée par l'autorité inférieure conduit par nature à une certaine imprécision. La correction ne s'imposerait alors que si le résultat était inacceptable, ce qui n'est pas prouvé en l'espèce (consid. 11.2). Le recours des parties est rejeté, avec frais et dépens (consid. 12).

Prétention récursoire de l'institution de prévoyance qui a versé les prestations préalables contre l'institution qui a fourni en définitive les prestations, avec intérêt subrogatoire ou compensatoire

ATF 147 V 10

En tant que collaboratrice de l'œuvre d'entraide B., A. était assurée à la caisse de pension de la Ville de Zurich pour la prévoyance professionnelle (ci-après CC Zurich). Par la suite, elle a touché plusieurs fois des indemnités de chômage, étant affiliée durant cette période auprès de la Fondation institution supplétive LPP (ci-après institution supplétive). Après avoir déposé une demande de prestations auprès de l'AI, A. a touché une rente d'invalidité dès 2011. Dans la mesure où la CC Zurich a refusé de verser des prestations d'invalidité, c'est l'institution supplétive qui a assuré les prestations préalables légales (prise en charge provisoire). En 2016, l'office AI a confirmé le versement de la rente AI actuelle. L'institution supplétive a contesté, comme déjà précédemment, son obligation de prestation et exigé de la CC Zurich le remboursement des prestations préalables fournies, plus les intérêts ; la caisse de pension est toutefois restée sur sa position et a refusé. En septembre 2018, l'institution supplétive a déposé plainte et requis en substance que la CC Zurich soit contrainte de lui payer un montant de quelque 60 000 francs, plus les intérêts. Le tribunal cantonal a admis la plainte en 2019 dans la mesure où il a obligé la CC Zurich à rembourser à l'institution supplétive les prestations préalables fournies mais a rejeté le versement d'un intérêt moratoire et d'un intérêt rémunérateur. L'institution supplétive a ensuite contesté cette décision devant le Tribunal fédéral.

La seule question controversée et qui reste à examiner est de savoir si le tribunal cantonal a violé le droit fédéral en refusant d'accorder des intérêts sur les prestations préalables. Le libellé de l'art. 26, al. 4, LPP ne donne à cet égard aucune indication.

L'intérêt moratoire doit être distingué de l'intérêt effectif (concernant les types d'intérêts, cf. ATF 143 II 37) ; comme autre catégorie, il y a l'intérêt compensatoire. Vu que l'obligation de fournir des prestations préalables est réglée dans la législation spéciale, on peut exclure une exigibilité des intérêts basée sur le droit concernant l'enrichissement (art. 62 ss CO). En revanche, l'art. 26, al. 4, LPP confère de par la loi à l'institution de prévoyance qui a versé les prestations préalables le droit de répercuter la prétention récursoire à hauteur du même montant sur l'institution de prévoyance qui était en définitive tenue de verser les prestations. D'un point de vue général, l'action récursoire vise une indemnisation dans le sens qu'elle a une fonction compensatoire et corrective (ATF 136 V 131). En lien avec l'art. 26, al. 4, LPP, il en résulte que l'institution de prévoyance qui est tenue de verser les prestations préalables doit se retrouver, après avoir exercé son droit de recours, dans la même position que si elle n'avait jamais versé de prestations préalables. Le dommage comprend ainsi un intérêt compensatoire ou subrogatoire. Cet intérêt est dû dès le moment où le fait dommageable a entraîné des conséquences financières et s'éteint le jour du paiement du dédommagement ou, en l'espèce, du remboursement des prestations préalables. On se trouve en présence d'une situation analogue à celle décrite à l'art. 50 et suivant CO, en cela que l'art. 26, al. 4, LPP a pour objet la résolution du rapport interne entre deux (ou plusieurs) institutions de prévoyance débitrices qui, dans le rapport externe avec l'assuré créancier, sont liées par le concours de droits. Une fois que l'assuré a obtenu le versement des prestations préalables auxquelles il avait droit, sa prétention à l'égard de l'institution de prévoyance tenue en définitive de verser les prestations s'éteint à hauteur du montant qu'il a déjà reçu (concours de droits). Simultanément, l'institution de prévoyance qui a versé les prestations préalables obtient le droit de répercuter la prétention récursoire sur l'institu-

Evolution et mesures touchant l'ensemble du système

tion de prévoyance tenue en définitive de verser les prestations. Le droit naît dès le moment où l'institution recourante a versé les prestations préalables à l'assuré, et la prétention devient donc aussi exigible dès cette date. L'intérêt compensatoire ou subrogatoire en faveur de l'institution de prévoyance tenue de verser les prestations préalables est dû pour la même période. Compte tenu de la conception de la loi, il convient donc d'admettre l'obligation de verser ces intérêts (la question des intérêts moratoires a déjà été tranchée par la négative : ATF 145 V 18). Concernant le taux d'intérêt, il est juste de se référer au taux d'intérêt minimal selon la LPP car l'obligation de prestation préalable ne porte que sur les prestations obligatoires de la prévoyance professionnelle. Les revenus de la fortune devraient cependant couvrir d'autres frais que le seul intérêt sur le capital, c'est pourquoi il est juste d'augmenter le taux d'un pour cent conformément à la demande de l'institution supplétive. Il en résulte finalement un intérêt de 2,75 % pour la période de mars 2015 à fin 2015, de 2,25 % pour l'année 2016 et de 2 % pour la période de 2017 à septembre 2018, et en sus un intérêt de 2 % dès septembre 2018 jusqu'au remboursement (consid. 3 à 5). Le recours de l'institution supplétive est admis.

Assurance-maladie

Assujettissement d'enfants de frontaliers assurés dans deux pays différents (droit d'option)

ATF 147 V 402

Art. 32 du Règlement (CE) no 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale ; annexe XI du règlement no 883/2004 ; Accord du 7 juillet 2016 entre les autorités compétentes de la Confédération suisse et de la République française concernant la possibilité d'exemption de l'assurance maladie suisse ; règle de conflit du droit européen.

Il s'agit d'une famille domiciliée en France, dont les deux parents travaillent en Suisse. Le père a exercé son droit d'option pour s'assurer en France avec les deux enfants en 2017. La mère est assurée en Suisse depuis 2018 et demande à ce que les enfants soient assurés avec elle. Dans son arrêt du 4 juin 2020, le tribunal cantonal vaudois avait estimé que les enfants pouvaient s'assurer en Suisse avec leur mère. S'inspirant de l'art. 32, al. 1, du règlement européen no 883/2004, l'autorité inférieure avait considéré que le droit dérivé des enfants à s'assurer avec leur mère l'emportait sur leur droit dérivé à s'assurer avec leur père, car le rattachement au système français existait uniquement en raison du lieu de résidence de celui-ci. Selon le TF, le rattachement des enfants à l'assurance en France par le biais de l'exercice du droit d'option de leur père ne peut pas être considéré comme étant fondé directement et uniquement sur le lieu de résidence de celui-ci, parce que c'est l'exercice d'une activité salariée en Suisse qui a ouvert la possibilité de choisir ce régime (consid. 9.2.6.1).

Par ailleurs, conformément aux modalités de l'exercice du droit d'option, le choix effectué par le père vaut aussi pour ses enfants. Ce choix est irrévocable, sous réserve d'un nouveau fait générateur du droit d'option. Un changement de circonstances survenant pour l'un des parents, et qui lui ouvre le droit d'exercer le choix du système d'assurance-maladie (droit d'option), ne constitue pas un fait générateur susceptible d'entraîner une modification de l'affiliation à l'assurance-maladie des membres de la famille qui découlait jusque-là de l'autre parent. Il n'en est pas non plus résulté un risque de double affiliation, puisque les enfants ont été valablement exemptés antérieurement, lorsque leur père a exercé son droit d'option avec eux (consid. 9.2.5). Les enfants assurés en France avec leur père ne peuvent donc pas s'assurer en Suisse avec leur mère. L'OFSP avait pris position dans ce sens.

Assurance-maladie : Droit d'option : la perte non fautive de la couverture d'assurance-maladie est un motif particulier autorisant la novation du droit d'option

ATF 147 V 387

Le ressortissant allemand A., domicilié en Allemagne et travaillant dans le canton de Berne, a bénéficié dès le 11 janvier 2010 d'un permis de frontalier G. Le 3 mars 2010, il s'est adressé à l'autorité compétente du canton de Berne pour demander à être exempté de l'obligation de s'assurer contre la maladie en Suisse. L'autorité compétente a approuvé la demande d'abord pour une durée limitée jusqu'au 10 janvier 2015. Par la suite, elle a reconsidéré sa décision du 8 avril 2010 et accordé à A. l'exemption illimitée de l'assurance-maladie obligatoire suisse (décision du 22 janvier 2015).

Après avoir été tout d'abord assuré auprès de la caisse maladie X., A. a conclu le même produit d'assurance LCA auprès de la caisse maladie Y. à partir du 1^{er} janvier 2016. Le 1^{er} mai 2018, il est revenu sur sa demande du 3 mars 2010 et a exigé d'être admis dans l'assurance-maladie suisse puisque l'assurance Y. avait résilié le modèle d'assurance LCA à fin décembre 2016.

L'autorité cantonale compétente a refusé cette demande par décision du 23 mai 2018, au motif que A. avait déjà décidé de ne pas se soumettre à l'assurance obligatoire LAMal et qu'il était ainsi exempté, et restait exempté, de l'obligation de s'assurer contre la maladie en Suisse. Le choix de s'affilier au système d'assurance suisse n'était donc plus possible. L'administration a ensuite confirmé cette position par décision sur opposition du 13 février 2019, constatant que l'exercice du droit d'option était en principe définitif et irrévocable. Elle a quand même donné raison au recourant en admettant que la survenue de certains faits peut conduire du point de vue jurisprudentiel à autoriser à nouveau l'exercice

du droit d'option. Elle a cependant estimé qu'une telle circonstance n'était pas donnée dans le cas d'espèce. Aussi l'exemption reste-t-elle juridiquement valable et le recourant définitivement exempté de l'assurance-maladie obligatoire en Suisse au sens de la LAMal.

Le recourant a en revanche principalement défendu l'idée que l'exercice du droit d'option était librement révoquant sur la base de l'art. 2, al. 6, OAMal. Il a ainsi fait valoir, à titre subsidiaire, que le caractère irrévocable du droit d'option était relatif. Le fait qu'il ait perdu sa couverture d'assurance sans faute de sa part constitue un motif particulier permettant d'admettre exceptionnellement la novation du droit d'option.

Le Tribunal fédéral renvoie en premier lieu aux bases légales, notamment à l'Accord sur la libre circulation des personnes (ALCP) et son annexe II, section A, ch. 1/i/3/b, ainsi qu'au règlement no 883/2004, annexe XI (Suisse), ch. 3, let. b, libellé de manière identique, qui disposent : Les personnes visées à la let. a) peuvent, à leur demande, être exemptées de l'assurance obligatoire tant qu'elles résident dans l'un des États suivants et qu'elles prouvent qu'elles y bénéficient d'une couverture en cas de maladie : l'Allemagne, ...

Les prescriptions convenues au niveau international par l'ALCP ont été transposées dans le droit suisse par l'art. 2, al. 6, OAMal. Sont ainsi exceptées sur requête les personnes qui résident dans un État membre de l'Union européenne, pour autant qu'elles puissent être exceptées de l'obligation de s'assurer en vertu de l'accord sur la libre circulation des personnes et de son annexe II et qu'elles prouvent qu'elles bénéficient dans l'État de résidence et lors d'un séjour dans un autre État membre de l'Union européenne et en Suisse d'une couverture en cas de maladie. La législation suisse au niveau de l'ordonnance ne prévoit aucune condition supplémentaire par rapport à celles qui ressortent de l'ALCP et du règlement no 883/2004.

Evolution et mesures touchant l'ensemble du système

L'assujettissement des personnes actives s'aligne généralement sur le principe de l'assurance dans l'Etat d'emploi. Ce principe s'applique également aux frontaliers. Cependant, l'ALCP et l'art. 2, al. 6, OAMal prévoient une application flexible de cette règle dans la mesure où il est permis aux frontaliers de renoncer à la protection de l'assurance-maladie en faveur du système d'assurance de leur pays d'origine. Cette possibilité de choix est généralement désignée comme un droit d'option.

C'est un fait que le recourant est en principe obligé de s'assurer en Suisse, mais il était jusque-là définitivement exempté de l'obligation de s'assurer contre la maladie en Suisse.

Concernant la première question, à savoir si l'exercice du droit d'option prévu à l'art. 2, al. 6, OAMal est librement révocable, le Tribunal fédéral arrive à la conclusion, après examen du libellé ainsi que du sens et du but de la disposition, qu'il n'existe aucun indice manifeste permettant de dire que l'adoption de la réglementation avait pour objectif de permettre le libre passage d'un système à l'autre et inversement. Contrairement aux allégués de l'OFSP, le fait que le libellé de l'art. 2, al. 6, OAMal ne prévoit pas la possibilité d'une révocation ne permet pas de conclure logiquement de manière correcte que le choix opéré serait irrévocable. C'est pourquoi le Tribunal fédéral a déjà aussi constaté dans l'ATF 136 V 295, consid. 2.3.4, que le fait de ne pas avoir exercé le droit d'option pour le système de santé de l'Etat de domicile ne peut en principe pas être rattrapé.

Le Tribunal fédéral avait par ailleurs déjà examiné la question de l'irrévocabilité du droit d'option et est arrivé à la même conclusion dans l'arrêt 9C_561/2016 du 27 mars 2017 portant sur une affaire concernant les relations entre la Suisse et la France. En l'espèce, le Tribunal fédéral a retenu que l'irrévocabilité (de principe) du droit d'option concorde avec les buts de l'ALCP, car elle vise à coordonner les systèmes de sécurité sociale sous l'angle du principe de l'égalité de traitement en particulier.

Le Tribunal fédéral observe que l'on ne saurait déduire de l'art. 2, al. 6, OAMal que le droit d'option peut être exercé en tout temps et qu'il est librement révocable. Au contraire, une interprétation aussi large serait clairement en contradiction avec la réglementation adoptée au niveau international. Mis à part la question, discutable, de savoir si l'autorité réglementaire aurait vraiment la compétence de s'écarter de traités internationaux, il ne se trouve aucun élément tendant à démontrer qu'une telle dérogation était envisagée à l'art. 2, al. 6, OAMal. S'ajoute à cela le fait qu'une révocation libre et répétée à volonté serait incompatible avec le principe de solidarité et avec le principe de l'égalité de traitement. En effet, le cas échéant, l'exercice du droit d'option relèverait notamment de la seule volonté des frontaliers. A la différence des assurés nationaux, ceux-ci auraient ainsi sans autre la possibilité de s'assurer (à nouveau) en Suisse à un âge plus avancé et, en conséquence, avec des risques (plus) élevés après avoir profité en tant qu'assurés jeunes et potentiellement en bonne santé d'une assurance privée (étrangère) moins chère. Pour ce qui est du caractère relativement irrévocable du droit d'option, le Tribunal fédéral confirme ainsi, par renvoi à sa jurisprudence constante (cf. 9C_561/2016), que des circonstances modifiées ou nouvelles peuvent s'avérer significatives et permettre une nouvelle fois d'exercer le droit d'option. La possibilité d'adaptation est reconnue, sur le fond, également par l'autorité inférieure. La controverse porte sur la question de savoir si le recourant peut invoquer en l'occurrence un tel fait, ce que nie l'autorité inférieure. Le recourant fait valoir en revanche que le droit d'option est également révocable dans le cas de la perte de la couverture d'assurance dans l'Etat de domicile sans faute de sa part.

Le Tribunal fédéral considère que la protection du frontalier concerné contre la non- ou la sous-assurance est plus importante que le risque d'abus

dans le sens évoqué plus haut (possibilité de passer d'un système d'assurance sociale à l'autre pour son profit). Et ce précisément si le produit d'assurance LCA a été supprimé, retirant par là-même la base factuelle au droit d'option exercé auparavant. Il est dans ce cas d'autant plus important d'autoriser une nouvelle fois l'exercice du droit d'option. En outre, la question concerne présentement un petit groupe d'intéressés et le passage d'un système d'assurance à l'autre ne dépend pas du bon plaisir des frontaliers. La suppression du produit d'assurance LCA offert jusque-là n'est liée à aucune faute du frontalier. Il en irait autrement par exemple si ce dernier avait lui-même résilié ou donné l'occasion de résilier le contrat d'assurance toujours valable proposé par l'assureur. Le cas échéant, un nouvel exercice du droit d'option serait d'emblée hors de question.

Le Tribunal fédéral retient en résumé que, selon ce qui a été dit, la perte non fautive de la couverture d'assurance-maladie en raison de la suppression du produit d'assurance LCA constitue un motif particulier qui permet d'opérer un nouveau choix ou de revenir sur une option choisie auparavant. En conséquence, il convient d'accorder au recourant le droit d'adhérer à l'assurance-maladie obligatoire.

Assurance-maladie : Art. 64a, al. 7, LAMal ; suspension de la prise en charge

Arrêt du TF 9C_45/2021 du 16 avril 2021

Après annulation de la suspension de la prise en charge, le remboursement des prestations non prises en charge peut être exigée. Il n'existe à cet égard aucune condition formelle dans le sens que la personne assurée devrait obtenir de l'autorité chargée de tenir la liste des mauvais payeurs de primes une décision (séparée) sur le règlement des créances en cours ou la clôture de la procédure de poursuite (consid. 4.3).

Assurance-maladie : Institution commune LAMal : droit d'enregistrement pour l'entraide en matière de prestations en nature

Arrêt du TF 9C_586/2020 du 23 mars 2021

Art. 17 et 23 ss du Règlement (CE) no 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, art. 24 du Règlement (CE) no 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) no 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale ; droit d'obtenir de l'Institution commune LAMal l'enregistrement de l'entraide internationale en matière de prestations en nature.

L'entraide en matière de prestations en nature que doit assurer l'Institution commune LAMal ne constitue pas une assurance subsidiaire, mais relève d'un mécanisme visant à faciliter le recours à des prestations en nature dans un État contractant autre que l'Etat compétent. L'enregistrement de l'entraide en matière de prestations en nature présuppose ainsi la présentation d'une attestation de droits, établie valablement par l'institution compétente. À défaut d'une telle attestation, l'enregistrement peut être refusé sans qu'il en résulte pour autant simultanément un conflit de compétences négatif avec l'application provisoire de la législation d'un État contractant (consid. 5).

Indemnité journalière : défaut d'incapacité de travail due à la maladie

Arrêt du TF 9C_611/2020 du 2 février 2021

Le 6 septembre 2013, B. a été victime d'un accident. La SUVA a pris en charge le traitement et versé des indemnités journalières jusqu'au 31 mai 2015. L'AI a financé une reconversion et versé des indemnités journalières du 7 juillet 2015 au 16 août 2016 puis du 1^{er} juillet 2017 au 31 octobre 2018. L'employeur a licencié B. au 31 juillet 2015. B. a demandé des indemnités journalières pour maladie à

Evolution et mesures touchant l'ensemble du système

l'assureur, allant même jusqu'à le mettre en poursuite. Contrairement à la requête formulée dans le recours, le Tribunal fédéral n'examine pas l'art. 72, al. 5, LAMal (réduction des indemnités journalières par suite d'une surindemnisation) car il nie en l'espèce un droit aux indemnités journalières, faute d'une incapacité de travail due à la maladie durant la période jusqu'au 31 juillet 2015 (fin de la couverture d'assurance). Le recours est rejeté.

Allocations familiales

La notion d'activité lucrative est définie selon le droit de coordination et non pas selon le droit national

ATF 147 V 285

La question de savoir si la mère des enfants est considérée comme exerçant une activité lucrative au sens de l'art. 68 du règlement (CE) n° 883/2004 est réglée par le droit de coordination et non par le droit national polonais. La décision F1 du 12 juin 2009 de la commission administrative pour la coordination des systèmes de sécurité sociale définit la notion d'activité salariée ou non salariée pour la coordination des prestations familiales.

Selon cette définition, les périodes de suspension temporaire d'une activité en raison d'un congé sans solde pris après la naissance d'un enfant pour en assurer l'éducation doivent être considérées comme une activité salariée ou non salariée. La mère doit par conséquent être considérée comme exerçant une activité au sens du règlement (CE) no 883/2004 et est soumise à la législation polonaise conformément au principe de l'assujettissement à la législation du lieu de travail.

Tant le recourant que la mère des enfants sont ainsi réputés exercer une activité au sens du règlement no 883/2004, et la Pologne (lieu de résidence des enfants) est prioritaire pour le paiement des allo-

cations familiales conformément à l'art. 68, par. 1, let. b, dudit règlement.

L'institution polonaise d'assurance sociale n'a pas encore statué, mais si elle devait conclure que la mère n'a pas droit à des allocations familiales en vertu de la législation polonaise, le droit du recourant devra être réexaminé, et une éventuelle compensation devra être versée conformément à l'art. 60, par. 5, du règlement no 987/2009. La Suisse n'a ni la compétence ni l'obligation de clarifier le droit aux prestations familiales sur la base de la législation polonaise. Elle n'est pas non plus tenue, au titre de l'art. 60, par. 1, 3e phrase, du règlement no 987/2009, d'octroyer l'intégralité des allocations familiales aux enfants du recourant pour la simple raison que la mère n'a pas déposé de demande à ce jour. Par contre, sur la base de l'art. 67 du règlement no 883/2004 en relation avec l'art. 60, par. 1, 2e phrase, du règlement no 987/2009, le recourant peut demander en Pologne, à la place de la mère, les prestations familiales auxquelles celle-ci a droit.

La CAF est tenue d'examiner régulièrement le droit aux allocations et de vérifier la compensation ; décision du 21 janvier 2021 du Tribunal des assurances sociales du canton de Zurich

De 2014 à 2019, la recourante avait perçu des allocations familiales en tant que personne sans activité lucrative. Son mari et elle-même n'exerçaient alors aucune activité lucrative ou uniquement de manière intermittente. Ce fut le cas en 2015 et 2018, et la recourante a présenté les certificats de salaire correspondants. Le tribunal parvient à la conclusion que le délai relatif d'une année (avant le 1^{er} janvier 2021) défini à l'art. 25, al. 2, LPGA pour la restitution des allocations familiales indûment perçues en 2015 et en 2018 est écoulé, étant donné que la CAF a omis d'examiner le droit à des allocations familiales pour personnes sans activité lucrative sur la base des certificats de salaire qui lui ont été remis.

Le tribunal a également retenu que la CAF aurait dû envisager une compensation telle que visée aux ch. 538.1 et 538.4 des directives pour l'application de la loi fédérale sur les allocations familiales (DA-Fam). Compte tenu des changements d'activités lucratives généralement de courte durée exercées par le couple, quatre caisses de compensation pour allocations familiales différentes étaient tenues de verser les prestations de manière prioritaire. Dans le cas d'espèce, une compensation de ce type aurait facilité la restitution, ce d'autant plus que l'intimée serait en partie elle-même entrée en ligne de compte comme caisse de compensation pour allocations familiales tenue de verser les prestations.

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
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
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)
OCoR	Ordonnance du 19 octobre 2016 sur la compensation des risques dans l'assurance-maladie (RS 832.112.1)
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
OSAMal	Ordonnance du 18 novembre 2015 sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale (RS 832.121)
PC	Prestations complémentaires
PIB	Produit intérieur brut
PP	Prévoyance professionnelle
Ptra	Prestations transitoires pour les chômeurs âgés
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
TVA	Taxe sur la valeur ajoutée
VSI	(Prévoyance) vieillesse, survivants et invalidité

