



21.043

Message concernant la loi fédérale sur la réglementation de l'activité des intermédiaires d'assurance

du 19 mai 2021

Messieurs les Présidents,
Mesdames, Messieurs,

Par le présent message, nous vous soumettons le projet d'une loi fédérale sur la réglementation de l'activité des intermédiaires d'assurance, en vous proposant de l'adopter.

Nous vous proposons simultanément de classer l'intervention parlementaire suivante:

2019	M	18.4091	Caisses-maladie. Réglementation contraignante des commissions versées aux intermédiaires, sanctions et garantie de la qualité (E 12.12.18, Commission de la sécurité sociale et de la santé publique; N 14.3.19; E 20.6.19)
------	---	---------	---

Nous vous prions d'agréer, Messieurs les Présidents, Mesdames, Messieurs, l'assurance de notre haute considération.

19 mai 2021

Au nom du Conseil fédéral suisse:

Le président de la Confédération, Guy Parmelin
Le chancelier de la Confédération, Walter Thurnherr

Condensé

Le présent projet vise à réguler l'activité des intermédiaires dans l'assurance-maladie sociale et dans l'assurance-maladie complémentaire en donnant force obligatoire aux règles que se fixent les assureurs en la matière et à améliorer la qualité de leurs services. Il a également pour objectif de mettre un terme aux appels téléphoniques non désirés dans la branche de l'assurance-maladie.

Contexte

Les appels téléphoniques non désirés sont une source importante d'agacement pour la population. Par ailleurs, les commissions versées aux intermédiaires occupent le Parlement depuis quelques années. Lors de l'adoption de la loi sur la surveillance de l'assurance-maladie, le législateur a décidé de laisser les assureurs régler ces deux questions conventionnellement. Chacune des deux associations faitières a établi un accord en 2015. Il est cependant apparu par la suite que tous les assureurs ne se conformaient pas aux termes de l'accord de leur organe faitier.

En automne 2017, le Parlement s'est à nouveau saisi du problème. Une motion de teneur identique déposée dans chaque conseil demandait d'attribuer au Conseil fédéral la compétence de régler la rémunération des intermédiaires dans l'assurance-maladie sociale. Les deux associations d'assureurs ont annoncé qu'elles étaient en train d'élaborer ensemble un nouvel accord valant pour l'assurance-maladie sociale et pour l'assurance-maladie complémentaire. La commission compétente a intégré leur projet d'accord dans la suite de ses travaux et a considéré deux points comme essentiels: des mesures contraignantes pour les assureurs et des sanctions en cas de non-respect des dispositions prévues.

En automne 2018, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des États a déposé une motion par laquelle elle demande que le Conseil fédéral reçoive la compétence de déclarer obligatoires certains points de l'accord des assureurs. Cette motion a été adoptée par le Parlement.

Contenu du projet

Le présent acte modificateur unique prévoit de modifier la loi sur la surveillance de l'assurance-maladie et la loi sur la surveillance des assurances afin de conférer au Conseil fédéral la compétence de donner force obligatoire à certains points réglementés dans l'accord passé entre les assureurs: l'interdiction du démarchage téléphonique des personnes qui n'ont jamais été assurées auprès de l'assureur concerné ou qui ne le sont plus depuis un certain temps, la formation des intermédiaires, la limitation de la rémunération de leur activité et l'établissement et la signature d'un procès-verbal d'entretien avec le client. Le projet est conforme à la volonté du législateur de favoriser l'autorégulation dans ces domaines, puisque les assureurs conservent la compétence de régler ces points dans leur accord. L'ordonnance édictée par le Conseil fédéral leur donne force obligatoire pour tous les assureurs, y compris ceux qui n'auraient pas adhéré à l'accord.

Message

1 Contexte

1.1 Nécessité d'agir et objectifs

Lorsqu'il a adopté la loi du 26 septembre 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie (LSAMal)¹, le législateur a décidé de laisser les assureurs régler eux-mêmes l'activité des intermédiaires, en particulier leur rémunération et le démarchage téléphonique. Il a aussi modifié l'art. 31a de la loi du 17 décembre 2004 sur la surveillance des assurances (LSA)² pour leur accorder les mêmes prérogatives en matière d'assurance-maladie complémentaire. Les deux associations faïtières des assureurs actifs dans le domaine de l'assurance-maladie ont conclu en 2015 un accord avec leurs membres. Or, l'accord de l'une des associations n'a pas été signé par tous ses membres et l'accord de l'autre association ne limite pas le montant de la commission des intermédiaires.

En automne 2017, deux parlementaires ont déposé une motion de teneur identique pour charger le Conseil fédéral de régler la rémunération des intermédiaires dans l'assurance-maladie sociale (motions 17.3956 Birrer-Heimo et 17.3964 Bruderer Wyss «Commissions versées aux intermédiaires dans l'assurance de base. Pas de dépenses disproportionnées»). La motion 17.3964 a été retirée, tandis que le Conseil des États a rejeté la motion 17.3956. Durant les débats relatifs à ces motions, les deux associations faïtières des assureurs ont annoncé qu'elles préparaient ensemble un nouvel accord réglementant l'activité et la rémunération des intermédiaires non seulement pour l'assurance-maladie sociale, mais également pour l'assurance-maladie complémentaire. Cet accord, conclu en janvier 2020, est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2021. Le 16 octobre 2018, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des États (CSSS-E) a déposé la motion 18.4091 «Caisses-maladie. Réglementation contraignante des commissions versées aux intermédiaires, sanctions et garantie de la qualité», qui charge le Conseil fédéral de présenter un projet d'acte visant à lui permettre:

- de donner force obligatoire pour l'ensemble de la branche concernée par l'assurance obligatoire des soins (AOS) à une réglementation des commissions versées aux intermédiaires dans le domaine de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)³, d'approuver des modifications et de prévoir des sanctions en cas de non-respect;
- de donner force obligatoire pour l'ensemble de la branche concernée par l'AOS et l'assurance complémentaire selon la LAMal à une réglementation des points ci-dessous et de prévoir des sanctions en cas de non-respect:
 - interdiction de faire de la prospection téléphonique à froid;
 - formation approfondie obligatoire;

1 RS 832.12

2 RS 961.01

3 RS 832.10

- obligation de dresser un procès-verbal de l'entretien, signé par le client et le conseiller.

Le Conseil des États a adopté la motion le 12 décembre 2018. Le 14 mars 2019, le Conseil national l'a adoptée à son tour en étendant la force obligatoire à la limitation des commissions dans le domaine de l'assurance-maladie complémentaire. Le Conseil des États s'étant rallié le 20 juin 2019 à cette modification, le Parlement a adopté la motion dans sa version étendue par le Conseil national.

1.2 Relation avec le programme de la législature et avec les stratégies du Conseil fédéral

1.2.1 Relation avec le programme de la législature

Le projet n'a été annoncé ni dans le message du 29 janvier 2020 sur le programme de la législature 2019 à 2023⁴, ni dans l'arrêté fédéral du 21 septembre 2020 sur le programme de la législature 2019 à 2023⁵.

Les citoyens se plaignent régulièrement des appels non désirés des assureurs, en particulier en automne lors de la période du changement de caisse-maladie. Le présent projet interdit aux assureurs de procéder au démarchage téléphonique des personnes qui n'ont jamais été assurées auprès de l'assureur concerné ou qui ne le sont plus depuis un certain temps. Il est donc de nature à supprimer une source importante d'agacement pour la population. Par ailleurs, la rémunération des intermédiaires occupe le Parlement depuis plusieurs années. Le projet prévoit une limitation contraignante des commissions versées à ce titre.

1.2.2 Relation avec les stratégies du Conseil fédéral

Le projet est compatible avec la stratégie Santé2020⁶ que le Conseil fédéral a adoptée le 23 janvier 2013.

1.3 Classement d'une intervention parlementaire

Le Conseil fédéral propose de classer la motion 18.4091 CSSS-E «Caisses-maladie. Réglementation contraignante des commissions versées aux intermédiaires, sanctions et garantie de la qualité». Le présent projet répond en effet entièrement aux objectifs qu'elle poursuit.

⁴ FF 2020 1709

⁵ FF 2020 8087

⁶ La stratégie peut être consultée à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch > Stratégie & politique > Santé2020 > Une stratégie globale pour le système de santé.

2 Résultats de la procédure de consultation

Le 13 mai 2020, le Conseil fédéral a ouvert la consultation sur la loi fédérale sur la réglementation de l'activité des intermédiaires d'assurance. Celle-ci s'est terminée le 3 septembre 2020⁷.

De manière générale, les cantons ont accueilli le projet favorablement, certains estimant toutefois que la réglementation proposée n'est pas suffisante. Les avis des partis politiques et des associations faîtières de l'économie sont partagés. De leur côté, les assureurs reconnaissent la nécessité d'établir des règles dans le domaine, mais considèrent que l'avant-projet empiète trop fortement sur leur autonomie. Les milieux concernés, principalement les sociétés actives dans le courtage d'assurance, rejettent l'avant-projet.

Les avis exprimés durant la consultation ont mis en évidence principalement deux divergences. D'une part, la définition de l'intermédiaire d'assurance (cf. commentaire des art. 19a P-LSAMal et 31a P-LSA) divise les participants: les partisans de l'avant-projet et certains assureurs soutiennent la définition étendue alors que la majorité des assureurs et les sociétés actives dans le courtage d'assurance souhaitent la circonscrire. Le Conseil fédéral maintient sa définition. En effet, la définition que proposent les assureurs permettrait de contourner les exigences de l'accord en reportant une grande partie des charges d'acquisition de nouveaux assurés sur les services internes, ce qui contreviendrait à la volonté du législateur.

D'autre part, le système de sanctions prévu par l'avant-projet (cf. commentaire des art. 54, al. 3, let. h, et 4, P-LSAMal et 86a, al. 1^{bis}, P-LSA), auquel sont favorables les cantons et plusieurs partis politiques et organisations faîtières de l'économie, se heurte à l'opposition des assureurs qui estiment que le système qu'ils ont prévu dans leur accord de janvier 2020 est suffisant. Le Conseil fédéral maintient sa version. En effet, le législateur a clairement exprimé la volonté d'imposer une sanction étatique aux infractions aux points déclarés obligatoires de l'accord des assureurs.

Le projet n'a connu qu'une seule modification par rapport à l'avant-projet envoyé en consultation: la définition de l'intermédiaire dans l'assurance-maladie sociale est désormais inscrite dans la loi et non plus dans l'ordonnance (cf. commentaire de l'art. 19a P-LSAMal).

Pour des informations détaillées, on se référera au rapport sur les résultats de la consultation⁸.

⁷ Les documents relatifs à la consultation sont disponibles à l'adresse suivante: www.admin.ch > Droit fédéral > Procédures de consultation > Procédures de consultation terminées > 2020 > DFI > 2020/23.

⁸ Le rapport sur les résultats de la consultation est disponible à l'adresse suivante: www.admin.ch > Droit fédéral > Procédures de consultation > Procédures de consultation terminées > 2020 > DFI > 2020/23.

3 Comparaison avec le droit étranger, notamment européen

Le droit des assurances sociales de l'Union européenne (UE) ne prévoit pas une harmonisation des systèmes nationaux de sécurité sociale. Les États membres peuvent, dans une large mesure, déterminer librement la structure, le champ d'application personnel, les modalités de financement et l'organisation de leurs systèmes de sécurité sociale. Ils doivent cependant observer les principes de coordination définis dans les règlements (CE) n° 883/2004⁹ et n° 987/2009¹⁰, tels que l'interdiction de la discrimination, la prise en compte des périodes d'assurance et la fourniture des prestations au-delà des frontières. Aucun acte juridique de l'UE, en particulier les deux règlements susmentionnés, ne règle l'activité et la rémunération des intermédiaires d'assurance.

4 Présentation du projet

4.1 Réglementation proposée

L'accord des assureurs de janvier 2020, qui concerne l'assurance-maladie sociale et l'assurance-maladie complémentaire à l'assurance-maladie sociale, contient des règles concernant les intermédiaires. Ces dernières n'ont cependant pas un caractère contraignant; un assureur ne peut être sanctionné par l'État s'il contrevient à l'accord. Avec la modification légale proposée, le Conseil fédéral obtient la compétence de donner force obligatoire à certains points de l'accord des assureurs. Ces points peuvent par conséquent être imposés aux assureurs, même s'ils n'ont pas adhéré à l'accord. Une mesure du droit de la surveillance en cas de non-respect de l'accord de branche est inscrite dans la loi. Les dispositions pénales sont également complétées afin que le juge puisse sanctionner les assureurs qui ne respectent pas les clauses obligatoires de l'accord.

4.2 Adéquation des moyens requis

La voie de la déclaration de force obligatoire est adéquate: elle est conforme à la volonté du législateur de favoriser l'autorégulation dans les domaines concernés, puisque les assureurs conservent la compétence de réglementer ces points dans leur accord. L'ordonnance édictée par le Conseil fédéral leur donne force obligatoire pour tous les assureurs, y compris ceux qui n'auraient pas adhéré à l'accord. Par ailleurs, de nouvelles mesures du droit de la surveillance et des sanctions pénales sont prévues.

⁹ Règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, JO L 166 du 30.4.2004, p. 1; modifié en dernier lieu par le règlement (UE) 2019/1149, JO L 186 du 11.7.2019, p. 21.

¹⁰ Règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, JO L 284 du 30.10.2009, p. 1; modifié en dernier lieu par le règlement (UE) 2017/492, JO L 76 du 22.3.2017, p. 13.

4.3 **Mise en œuvre**

Le Conseil fédéral édictera une ordonnance pour donner force obligatoire à certains points de l'accord conclu par les assureurs. Ces points figureront en annexe de l'ordonnance.

Comme la loi contient des règles autant pour l'assurance-maladie sociale que pour l'assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale, une collaboration entre les deux autorités de surveillance est nécessaire. Cette collaboration est prévue par les art. 34, al. 5, LSAMal et 80, al. 2, LSA.

5 **Commentaire des dispositions**

5.1 **Loi du 26 septembre 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie**

Art. 19, al. 3

L'actuel al. 3 est intégré au nouvel art. 19b, al. 1.

Art. 19a

Actuellement, l'activité d'intermédiaire est définie à l'art. 35, al. 1, de l'ordonnance du 18 novembre 2015 sur la surveillance de l'assurance-maladie (OSAMal)¹¹. Par cohérence avec la LSA, le projet prévoit d'inscrire cette définition dans la loi. Exerce une activité d'intermédiaire la personne qui, quelle que soit la nature de son rapport avec l'assureur, met ses compétences ou ses services à la disposition de ce dernier contre rémunération dans le but de faciliter ou de permettre l'affiliation d'assurés. Comme dans le domaine de l'assurance-maladie complémentaire, les personnes liées à l'assureur par un contrat de travail et dont l'activité consiste à acquérir de nouveaux assurés entrent dans cette catégorie (cf. message du Conseil fédéral du 21 octobre 2020 concernant la modification de la LSA¹²). C'est aussi le cas, dans l'assurance-maladie sociale, des services de comparaison de primes qui fournissent des prestations à titre onéreux. La définition proposée ici permet de garantir l'égalité de traitement entre les assureurs. En effet, les assureurs de petite taille qui ne disposent pas d'un département de vente ne sont ainsi pas désavantagés parce que le personnel de l'assureur affecté à la prospection d'assurés répond à la définition des intermédiaires.

L'accord entre assureurs de janvier 2020 englobe les plates-formes de comparaison de primes dans la définition des intermédiaires d'assurance dans la mesure où elles sont rémunérées pour leurs prestations, mais non leurs propres employés actifs dans l'acquisition de clients ou la vente de produits d'assurance. Il existe ainsi une différence importante entre la définition du Conseil fédéral et celle de l'accord des assureurs. La définition des assureurs permettrait en effet de contourner les exigences de l'accord en reportant une grande partie des charges d'acquisition de nouveaux assurés

¹¹ RS 832.121

¹² FF 2020 8637, p. 8677.

sur les services internes, ce qui contreviendrait à la volonté du législateur de limiter les frais de prospection de nouveaux assurés et pénaliserait les assureurs de petite taille qui ne pourraient pas recourir à cette possibilité. En outre, rien ne justifie que les employés de l'assureur chargés de l'acquisition de nouveaux clients ne soient pas soumis aux mêmes obligations que les autres intermédiaires en ce qui concerne notamment la formation et le procès-verbal de l'entretien avec le client.

Les assureurs ont certes la possibilité d'exclure du champ d'application de leur accord une catégorie d'intermédiaires. Le Conseil fédéral pourra cependant refuser de donner force obligatoire à un tel accord partiel. Dans ce cas, la loi du 6 octobre 1995 sur les cartels (LCart)¹³ sera applicable aux discriminations touchant une catégorie d'intermédiaires (art. 11 LSAMal).

Art. 19b, al. 1

Selon le droit en vigueur, les assureurs peuvent conclure un accord visant à réglementer le démarchage téléphonique, l'abandon des services fournis par des centres d'appels et la limitation de la rémunération des intermédiaires. Cette liste est exhaustive et ne prévoit pas la réglementation des autres obligations des intermédiaires. Or il est ressorti des débats parlementaires que les assureurs entendent aussi fixer des standards minimaux pour certaines tâches des intermédiaires. Pour leur permettre de conclure un accord également sur ces points, la liste contenue à l'art. 19, al. 3, LSAMal, qui est transférée à l'art. 19b, al. 1, doit être complétée avec la mention de l'interdiction du démarchage téléphonique des personnes qui n'ont jamais été assurées auprès de l'assureur concerné ou qui ne le sont plus depuis un certain temps, la formation des intermédiaires et l'établissement et la signature d'un procès-verbal d'entretien.

Let. a et b

Les let. a et b sont reprises de l'art. 19, al. 3, LSAMal.

Let. c

Le démarchage téléphonique dans l'assurance obligatoire des soins est un thème que le Parlement traite depuis plusieurs années. Le projet de modification de la LAMal présenté avec le message du 29 mai 2009 concernant la modification de la LAMal (Mesures pour endiguer l'évolution des coûts)¹⁴ prévoyait d'interdire les commissions d'assurance sous quelque forme que ce soit et le financement du démarchage téléphonique, mais il a été rejeté par le Parlement. Diverses interventions parlementaires ont aussi été déposées dans ce domaine, notamment l'interpellation 11.3693 Steiert «Assurance-maladie. Moins de démarchage par téléphone?», la motion 11.4117 Maire «Pour mettre fin au démarchage téléphonique des assureurs-maladie», le postulat 15.3985 Birrer-Heimo «Démarchage téléphonique pratiqué par les caisses-maladie. Évaluation de l'autorégulation» et l'interpellation 16.3799 Gysi «Démarchage téléphonique agressif des centres d'appel et des caisses-maladie». La motion 11.4117 Maire et le postulat 15.3985 Birrer-Heimo ont été rejetés.

¹³ RS 251

¹⁴ FF 2009 5207

Le 22 mars 2019, le Parlement a modifié certaines dispositions de la loi fédérale du 19 décembre 1986 contre la concurrence déloyale (LCD)¹⁵ afin de mieux protéger les consommateurs contre les appels téléphoniques non désirés (art. 3, al. 1, let. u et v, LCD)¹⁶. Les assureurs ont cependant décidé d'aller encore plus loin et de ne plus procéder, ni eux-mêmes, ni par le biais d'intermédiaires, au démarchage téléphonique à froid. Celui-ci consiste à prendre contact avec des personnes qui n'ont jamais été clientes ou avec lesquelles l'assureur n'a aucune relation commerciale depuis plus de 36 mois, qui n'ont pas explicitement donné leur accord pour être contactées ou pour lesquelles le contact ne résulte pas d'une recommandation d'un tiers connu du client potentiel. L'interdiction du démarchage téléphonique à froid constitue une restriction de la liberté économique protégée par l'art. 27 de la Constitution (Cst.)¹⁷. Lorsqu'ils pratiquent l'assurance-maladie sociale, les assureurs ne peuvent cependant pas invoquer cette liberté constitutionnelle¹⁸.

Let. d

Les intermédiaires doivent posséder les connaissances nécessaires à leur activité. Cette exigence permet de garantir le déroulement correct des opérations de promotion des produits d'assurance. Les assureurs peuvent définir les exigences de la formation initiale des intermédiaires avec lesquels ils travaillent. Étant donné que le marché de l'assurance-maladie évolue, ces exigences devront être régulièrement adaptées. Les intermédiaires devront par conséquent suivre des formations continues. Le Conseil fédéral pourra donner force obligatoire à une réglementation imposant aux intermédiaires de suivre une formation approfondie dans le domaine dans lequel ils seront appelés à travailler et obligeant les assureurs à ne collaborer qu'avec des intermédiaires au bénéfice de la formation choisie. Les assureurs sont libres de choisir la formation en question, pourvu que celle-ci soit de nature à atteindre son objectif. La compétence conférée aux autorités de la concurrence de juger le caractère discriminatoire de la formation choisie par les assureurs est réservée.

Let. e

La rémunération des intermédiaires dans l'assurance obligatoire des soins occupe le Parlement depuis plusieurs années et différentes interventions parlementaires ont été déposées sur le sujet, notamment l'interpellation 09.3090 Forster-Vannini «Mesures relatives à l'augmentation imminente des primes d'assurance-maladie», la motion 09.3540 du groupe socialiste «Pas de versements de provisions ni de dépenses de publicité aux frais des assurés», la question 09.1030 Lang «Rabatteurs des caisses-maladie bon marché» et les motions 17.3956 Birrer-Heimo et 17.3964 Bruderer Wyss «Commissions versées aux intermédiaires dans l'assurance de base. Pas de dépenses disproportionnées». La motion 09.3540 du groupe socialiste a été classée, la motion 17.3956 Birrer-Heimo rejetée et la motion 17.3964 Bruderer Wyss retirée. Entre-temps, les assureurs ont décidé de fixer eux-mêmes un montant maximal pour la rémunération des intermédiaires actifs dans l'assurance obligatoire des soins. Le

¹⁵ RS **241**

¹⁶ FF **2019** 2585, p. 2604.

¹⁷ RS **101**

¹⁸ Cf. ATF 9C_878/2013.

Conseil fédéral pourra déclarer cette limite obligatoire, de sorte que l'assureur qui ne la respecterait pas encourra une sanction. Après consultation du Surveillant des prix, la déclaration de force obligatoire et toute modification de l'accord des assureurs sur ce point devront être soumises au Conseil fédéral. Si la rémunération maximale des intermédiaires n'est pas déclarée obligatoire, d'éventuels litiges concernant son niveau relèveront de la compétence des autorités de la concurrence.

Let. f

Afin d'être en mesure de documenter chaque demande d'affiliation qu'ils transmettent à un assureur, les intermédiaires doivent établir et faire signer à l'assuré un procès-verbal. Ce document mentionne notamment la date de l'entretien, l'identité des personnes qui y ont participé, son déroulement et son contenu. Par sa signature, l'assuré signifie son accord avec la proposition que l'intermédiaire fait parvenir à l'assureur et confirme notamment que le rendez-vous n'a pas été obtenu par le biais d'un démarchage téléphonique à froid. À l'heure actuelle, la plupart de ces opérations se déroulent sur des supports électroniques. Pour des motifs d'efficacité et de rationalité, l'établissement et la signature du procès-verbal sur un support électronique sont donc autorisés.

Art. 19b, al. 2

Les assureurs sont libres de régler eux-mêmes certains domaines de l'activité de leurs intermédiaires. La motion CSSS-E demande l'élaboration d'un projet de loi qui habilite le Conseil fédéral à déclarer un accord de branche de force obligatoire. Elle établit ainsi un lien avec les procédures particulières que la Cst. prévoit dans les domaines des contrats-cadres de bail à loyer (art. 109, al. 2, Cst.) et de conventions collectives de travail (art. 110, al. 2, Cst.). En l'espèce, la Cst. ne contient aucune base spécifique pour le domaine concerné. Au regard des exigences du principe de légalité en matière de sanctions pénales pour les cas de non-respect de l'accord, le présent projet doit suivre la procédure législative ordinaire. Celui-ci s'appuie sur la pratique existante en matière de structures tarifaires dans l'assurance-maladie sociale et prévoit notamment que le Conseil fédéral peut déclarer un accord de branche obligatoire pour tous les assureurs non pas simplement par arrêté fédéral, mais par voie d'ordonnance.

Le projet prévoit que le Conseil fédéral pourra déclarer contraignants pour les assureurs, dans le domaine de l'assurance-maladie sociale, les points concernant l'interdiction du démarchage téléphonique des personnes qui n'ont jamais été assurées auprès de l'assureur concerné ou qui ne le sont plus depuis un certain temps, l'obligation de suivre une formation approfondie, la rémunération de l'activité des intermédiaires, l'établissement et la signature d'un procès-verbal d'entretien avec le client. Si l'intermédiaire délègue sa tâche à un tiers, celui-ci sera soumis aux mêmes obligations.

Les clauses de l'accord des assureurs ne doivent pas contrevenir à la loi ni à ses dispositions d'application. Dans le cas contraire, le Conseil fédéral ne pourra pas leur donner force obligatoire.

La rémunération des intermédiaires, qui relève des frais d'administration de l'assureur (art. 19, al. 1, LSAMal), doit être fixée selon les règles applicables en économie d'entreprise, ce qui signifie qu'elle doit être adéquate au regard de l'activité déployée et la plus avantageuse possible pour le système d'assurance.

La demande doit émaner d'assureurs représentant au moins 66 % du marché, c'est-à-dire les deux tiers des assurés. Cette règle empêche d'une part que les deux ou trois plus grands assureurs dictent la réglementation et d'autre part qu'un groupe comprenant un nombre supérieur d'assureurs mais représentant moins de 66 % de l'effectif global puisse faire obstacle à la déclaration de force obligatoire.

L'art. 19b, al. 2, contient une délégation en faveur du Conseil fédéral, qui reçoit la compétence de donner force obligatoire à certaines dispositions de l'accord de branche. La forme de l'ordonnance s'impose parce que ces dispositions ont des effets non seulement pour les assureurs qui les ont établies, mais également indirectement pour les intermédiaires qui n'ont pas participé à leur élaboration. Elles limitent la marge de manœuvre de ces derniers dans l'exercice de leur activité, notamment en matière de démarchage téléphonique. La délégation est conforme aux exigences posées par la jurisprudence¹⁹: elle n'est pas interdite par le droit constitutionnel, elle figure dans une loi au sens formel et son cadre est clairement défini. En l'espèce, l'art. 19b, al. 2, décrit et limite précisément les points de l'accord de branche que le Conseil fédéral pourra déclarer de force obligatoire. Ceux-ci pourront ainsi être imposés à tous les assureurs, y compris à ceux qui n'ont pas adhéré à l'accord.

Art. 19b, al. 3

En raison du principe de légalité régissant de manière stricte le droit pénal, il ne serait pas admissible que les infractions punissables soient définies par un acte rédigé par des particuliers sans que l'on puisse garantir le respect des exigences de précision auxquelles doit satisfaire la rédaction des sanctions pénales. C'est pourquoi il est prévu qu'il appartiendra au Conseil fédéral de définir dans l'ordonnance donnant force obligatoire aux dispositions de l'accord les infractions pénales en les assortissant de la menace de la peine prévue à l'art. 54, al. 3, let. h.

Art. 38a Mesures en cas de non-respect de la réglementation de l'activité des intermédiaires d'assurance

Lors des débats relatifs à la motion 18.4091 CSSS-E, le Parlement a clairement souhaité que les infractions aux règles de l'accord de branche puissent être sanctionnées. Pour mettre en œuvre cette demande, le projet prévoit que l'autorité de surveillance pourra prendre des mesures conservatoires et que le non-respect de l'accord constituera une contravention au sens de l'art. 54, al. 3, LSAMal.

L'art. 38 LSAMal contient un catalogue non exhaustif des mesures que peut prendre l'autorité de surveillance lorsqu'un assureur ne respecte pas la loi ou qu'il ne se conforme pas à ses instructions. Or, la contravention à l'accord de branche ne constitue

¹⁹ Cf. ATF 2C_927/2018.

ni une infraction à la loi, ni une violation d'une instruction de l'autorité de surveillance. Il est donc nécessaire de créer une base légale habilitant cette dernière à prendre une mesure lorsqu'un assureur agit de manière non conforme à l'accord de branche. Le projet prévoit que l'autorité de surveillance peut, pendant une année au maximum, d'une part, interdire à l'assureur contrevenant de verser des commissions aux intermédiaires, et d'autre part, ordonner une limitation de ses frais de prospection de nouveaux assurés. La première mesure, qui vise les intermédiaires avec lesquels l'assureur n'est pas lié par un contrat de travail, empêche l'assureur de recourir aux services de ces derniers puisqu'il n'a pas le droit de les rémunérer pour leur activité. La seconde concerne les employés de l'assureur dont l'activité consiste à acquérir de nouveaux assurés et dont le salaire fait partie des frais d'administration. Elle est nécessaire pour éviter que l'assureur à qui l'autorité de surveillance aurait défendu de verser des commissions ne contourne cette interdiction par le biais de son service interne. L'autorité de surveillance sera habilitée à imposer à l'assureur une limitation des frais de prospection de nouveaux assurés.

Les contrats avec les intermédiaires qui ne sont pas liés à l'assureur par un contrat de travail peuvent être conclus pour plusieurs années. La mise en œuvre de la mesure prévue par l'art. 38a peut poser problème si l'assureur n'est pas autorisé à fournir sa prestation contractuelle durant une année. Il appartient par conséquent aux assureurs de conclure des contrats qui ne rendent pas impossible la mise en œuvre de la mesure. Ils seront éventuellement amenés à indemniser les intermédiaires en vertu de leur responsabilité contractuelle.

Art. 54, al. 3, let. h, et 4

En adoptant la motion 18.4091 CSSS-E, le Parlement a chargé le Conseil fédéral de prévoir une sanction pénale en cas de non-respect de l'accord. En vertu du principe de légalité, il est nécessaire que la loi réprime expressément ces contraventions. Le projet prévoit ainsi que les infractions contre les dispositions édictées en vertu de l'art. 19b, al. 3, sont punissables pour autant que ces dispositions menacent clairement d'une sanction pénale toute personne commettant une telle infraction. La nouvelle infraction complète le catalogue de l'art. 54, al. 3, et sera punie d'une amende de 100 000 francs au plus.

La commission de l'infraction par négligence doit aussi être punissable. L'art. 54, al. 4, est complété en conséquence.

5.2 Loi du 17 décembre 2004 sur la surveillance des assurances

Art. 31a Réglementation de l'activité des intermédiaires d'assurance dans le domaine de l'assurance-maladie complémentaire à l'assurance-maladie sociale

Comme dans l'assurance-maladie sociale, les entreprises d'assurance peuvent conclure un accord pour régler le démarchage téléphonique, l'abandon des services fournis par des centres d'appels et la limitation de la rémunération des intermédiaires. En

adoptant cette disposition, le législateur a décidé d'accorder aux entreprises qui pratiquent l'assurance-maladie complémentaire selon la loi du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (LCA)²⁰ les mêmes droits qu'aux assureurs pratiquant l'assurance-maladie sociale. Le texte de la disposition ne limite cependant pas la réglementation aux entreprises d'assurance pratiquant l'assurance-maladie. Or, une application générale à toutes les entreprises d'assurance ne correspond pas à la volonté du législateur. Le titre et le texte de la disposition ont donc été complétés pour préciser son champ d'application. L'assurance collective d'indemnités journalières selon la LCA n'est pas concernée par l'art. 31a. En effet, elle n'est pas une assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale²¹.

Le projet de modification de la LSA²² (P-LSA 2020), transmis au Parlement le 21 octobre 2020, définit la notion d'intermédiaire. Conformément à l'art. 40, al. 1, P-LSA 2020, par intermédiaire d'assurance on entend toute personne qui, quelle que soit sa désignation, propose ou conclut un contrat d'assurance dans l'intérêt d'une entreprise d'assurance ou d'une autre personne. Le projet de loi distingue deux catégories d'intermédiaires: les intermédiaires non liés et les intermédiaires liés. Les intermédiaires d'assurance non liés entretiennent des rapports de loyauté avec les preneurs d'assurance et agissent dans l'intérêt de ces derniers (art. 40, al. 2, P-LSA 2020). Tous les autres intermédiaires d'assurance sont considérés comme des intermédiaires d'assurance liés (art. 40, al. 3, P-LSA 2020). Sont notamment englobés dans cette dernière définition les intermédiaires d'assurance qui entretiennent des rapports de loyauté avec une entreprise d'assurance, en qualité d'employés ou d'agents de cette dernière²³. Les employés de l'entreprise d'assurance dont l'activité consiste à promouvoir des produits d'assurance ou à prospecter de nouveaux assurés entrent par conséquent dans la définition légale des intermédiaires. Pour les mêmes motifs que ceux exposés pour l'art. 19a P-LSAMal, limiter l'application à une catégorie d'intermédiaires (liés, non liés) permettrait aux entreprises d'assurance de contourner les points de l'accord déclarés obligatoires en opérant un transfert de charges sur les intermédiaires non visés par la réglementation conventionnelle et contredirait ainsi la volonté du législateur. Le P-LSA 2020 prévoit que tous les intermédiaires d'assurance doivent disposer des capacités et connaissances nécessaires, que ceux-ci soient liés ou non²⁴. Le présent projet ne saurait remettre ce principe en question.

Les entreprises d'assurance peuvent exclure du champ d'application de leur accord une catégorie d'intermédiaires. Le Conseil fédéral pourra cependant refuser de donner force obligatoire à un tel accord partiel. Dans ce cas, la LCart sera applicable aux discriminations touchant une catégorie d'intermédiaires.

²⁰ RS 221.229.1

²¹ Cf. arrêt du Tribunal administratif fédéral du 25 mai 2007 B-1298/2006 concernant l'assurance collective d'indemnités journalières.

²² FF 2020 8729

²³ FF 2020 8637, p. 8677

²⁴ FF 2020 8637, p. 8679

Art. 31a, al. 1

Comme l'art. 19b, al. 1, P-LSAMal, cette disposition doit être complétée afin de permettre aux entreprises d'assurance de conclure un accord sur l'activité des intermédiaires. En ce qui concerne la notion de démarchage téléphonique à froid, la rémunération des intermédiaires, l'établissement et la signature du procès-verbal de l'entretien avec le client, on se référera au commentaire de l'art. 19b, al. 1, P-LSAMal.

En vertu de l'art. 43, al. 2, P-LSA 2020, les entreprises d'assurance et les intermédiaires d'assurance définissent des normes minimales spécifiques à chaque branche d'assurance en matière de formation initiale et de formation continue²⁵. Le Conseil fédéral fixe les exigences que doivent remplir, en matière de formation initiale et de formation continue, les intermédiaires d'assurance pour lesquels il n'existe pas de normes minimales (art. 43, al. 3, P-LSA 2020). Cette disposition est compatible avec l'art. 31a, al. 1, let. d, du présent projet puisqu'elle prévoit que la branche d'assurance définit les standards minimaux en matière de formation initiale et de formation continue. La compétence conférée aux autorités de la concurrence de juger le caractère discriminatoire de la formation choisie par les partenaires de la branche est réservée. Si les entreprises d'assurance n'élaborent pas de normes ou que les normes qu'elles proposent sont insuffisantes, le Conseil fédéral devra déterminer les exigences minimales. Dans l'hypothèse où les assureurs résilieraient l'accord conclu en janvier 2020, le Conseil fédéral devrait alors fixer lui-même des standards minimaux pour l'assurance-maladie complémentaire.

Art. 31a, al. 2

En ce qui concerne la force obligatoire, on se référera au commentaire de l'art. 19b, al. 2, P-LSAMal. Les entreprises d'assurance décident elles-mêmes si elles veulent interdire le démarchage téléphonique à froid. De telles décisions, prises sur une base volontaire, pourraient constituer des accords en matière de concurrence au sens de la LCart. Une loi au sens formel est donc nécessaire, malgré le caractère volontaire de la démarche.

L'art. 31a, al. 2, contient une délégation en faveur du Conseil fédéral. S'agissant de la délégation législative, on se référera au commentaire de l'art. 19b, al. 2, P-LSAMal. Le Conseil fédéral est autorisé à donner force obligatoire à certaines dispositions de l'accord. Ces dernières seront dès lors opposables à toutes les entreprises d'assurance, y compris à celles qui n'auraient pas adhéré à l'accord.

La demande doit émaner d'entreprises qui proposent l'assurance-maladie complémentaire à l'assurance-maladie sociale et qui détiennent ensemble une part de marché (en volume de primes) d'au moins 66 %. L'accord ne doit pas être contraire à la loi ou à ses dispositions d'exécution.

La rémunération des intermédiaires est financée par les primes des assurés. Son montant doit être fixé selon les règles applicables en économie d'entreprise, ce qui signifie que la rémunération doit être adéquate au regard de l'activité déployée et la plus avantageuse possible pour le système d'assurance. Après consultation du Surveillant des

²⁵ FF 2020 8637

prix, la déclaration de force obligatoire et toute modification de l'accord des entreprises d'assurance sur ce point devront être soumises au Conseil fédéral. Si la rémunération maximale des intermédiaires n'est pas déclarée de force obligatoire, d'éventuels litiges concernant son niveau relèveront de la compétence des autorités de la concurrence.

Art. 31a, al. 3

Cf. commentaire de l'art. 19b, al. 3, P-LSAMal.

Art. 31a, al. 4

Lorsqu'elle approuve les tarifs de primes, l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers (FINMA) examine notamment si les primes prévues restent dans les limites qui garantissent, d'une part, la solvabilité des entreprises d'assurance et, d'autre part, la protection des assurés contre les abus (art. 38 LSA). Constituent des abus les préjudices portés aux assurés lorsqu'ils se sont produits à plusieurs reprises ou sont de nature à se reproduire ou lorsqu'ils pourraient toucher un grand nombre de personnes (art. 117 de l'ordonnance du 9 novembre 2005 sur la surveillance²⁶). Ces règles doivent être expressément réservées.

Art. 38, al. 2

Comme dans l'assurance-maladie sociale, la FINMA doit pouvoir prendre des mesures de sûreté en cas de non-respect de l'accord de branche. L'application des mesures visées à l'art. 51 LSA suppose la violation de la loi, d'une ordonnance ou d'une instruction de la FINMA. Afin de prévenir toute équivoque, le projet donne expressément la possibilité à la FINMA de prendre des mesures du droit de la surveillance. Celle-ci pourra mettre en œuvre les mesures prévues à l'art. 51, dont le catalogue n'est pas exhaustif. Le projet prévoit en outre, à titre d'exemples, la possibilité pour la FINMA de ne pas approuver les tarifs de primes de l'entreprise d'assurance contrevenante ou d'ordonner leur adaptation. L'impact d'une telle mesure devrait la rendre suffisamment dissuasive.

Art. 86, al. 1^{bis} et 2

Comme dans l'assurance-maladie sociale (art. 54, al. 3, let. h, et 4 P-LSAMal), une infraction à l'ordonnance visée à l'art. 31a, al. 3, est sanctionnée par une amende de 100 000 francs au plus. Dans le P-LSA 2020, le Conseil fédéral a déjà proposé de réduire le montant maximal de l'amende de 500 000 francs à 100 000 francs (art. 86 P-LSA 2020) pour être en adéquation avec la loi fédérale du 15 juin 2018 sur les services financiers (LSFin)²⁷. En effet, dans le domaine du droit de la surveillance des marchés financiers, ce sont essentiellement et autant que possible les instruments du droit de la surveillance et non les dispositions pénales qui doivent garantir un comportement conforme au droit (cf. art. 89 à 92 LSFin).

²⁶ RS 961.011

²⁷ RS 950.1

6 Conséquences

Les conséquences exposées ci-après sont subordonnées à la conclusion volontaire par les assureurs-maladie LAMal et les entreprises d'assurance pratiquant l'assurance-maladie complémentaire à l'assurance-maladie sociale d'un accord sur les points visés aux art. 19b P-LSAMal et 31a P-LSA et à la déclaration de force obligatoire par le Conseil fédéral.

6.1 Conséquences pour la Confédération

6.1.1 Conséquences financières

Comme exposé ci-après au ch. 6.3, la modification législative n'aura qu'un impact très limité sur les coûts bruts de l'AOS et, par voie de conséquence, sur les subsides de la Confédération destinés à la réduction des primes. Par ailleurs, la Confédération ne participe en aucune manière au financement de l'assurance-maladie complémentaire. Les commissions versées aux intermédiaires dans ce domaine sont couvertes par les primes des preneurs d'assurance.

6.1.2 Conséquences sur l'état du personnel

La déclaration de force obligatoire implique une augmentation de la charge de travail des deux autorités de surveillance, à savoir l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) pour l'assurance-maladie sociale et la FINMA pour l'assurance-maladie complémentaire. Les assureurs LAMal et 47 entreprises d'assurance travaillent avec une multitude d'intermédiaires. Plusieurs milliers d'intermédiaires sont actifs dans l'assurance complémentaire. Les autorités de surveillance devront examiner les contrats conclus avec ces derniers et vérifier dans les comptes annuels des assureurs si les rémunérations accordées respectent l'accord. Ces tâches requièrent auprès de chacune des deux autorités de surveillance un poste supplémentaire à plein temps.

Par ailleurs, le contrôle des autres exigences découlant du projet nécessite aussi des ressources supplémentaires auprès des deux autorités de surveillance. Au vu du nombre de réclamations enregistrées par le Secrétariat à l'économie en matière d'appels téléphoniques non désirés²⁸, il faut compter avec une importante charge de travail pour les autorités de surveillance dans ce domaine. En effet, les infractions à l'accord en matière d'interdiction du démarchage téléphonique à froid seront portées à la connaissance des autorités de surveillance, qui devront instruire tous les cas qui leur sont annoncés. Celles-ci devront évaluer les situations et pourront prendre des mesures du droit de la surveillance et dénoncer les cas aux autorités pénales compétentes. Toutes ces démarches représentent des charges supplémentaires. Les autorités de surveillance devront également contrôler que les assureurs se conforment aux autres points de l'accord déclarés obligatoires. Elles devront vérifier le respect des standards de qualité,

²⁸ Cf. www.seco.admin.ch > Pratiques commerciales et publicitaires > Concurrence déloyale > Données statistiques.

notamment la formation des intermédiaires et l'établissement et la remise des procès-verbaux des entretiens avec les clients. Pour ce faire, elles devront mettre sur pied des audits supplémentaires, procéder à des contrôles par sondages, requérir la production de nombreux documents et les examiner. En l'état, les besoins en ressources liées à ces tâches sont estimés à deux postes à plein temps pour l'OFSP et à deux postes à plein temps pour la FINMA. Il n'est cependant pas exclu que les ressources requises augmentent en fonction des tâches supplémentaires que le Parlement attribuera aux autorités de surveillance.

En conclusion, selon les estimations actuelles, la mise en œuvre du présent projet requiert trois postes à plein temps pour l'OFSP et trois postes à plein temps pour la FINMA. Le financement des nouveaux postes de l'OFSP n'est actuellement pas garanti. La question de la nécessité de déposer une demande de ressources supplémentaires ou de la possibilité de compenser à l'interne ce besoin en personnel sera examinée dans l'optique de l'entrée en vigueur de la loi.

6.2 Conséquences pour les cantons et les communes

Comme exposé ci-après au ch. 6.3, les économies attendues dans le domaine de l'assurance obligatoire des soins sont relativement faibles. Les cantons ne peuvent par conséquent pas compter sur une diminution de leurs dépenses pour la réduction des primes. Par ailleurs, la présente modification législative n'a pas de conséquences pour les communes.

6.3 Conséquences économiques

Le projet impose la limitation des commissions versées aux intermédiaires. Les économies qui pourront être réalisées sont cependant très difficiles à chiffrer. Dans le domaine de l'assurance-maladie sociale, les assureurs les ont estimées de manière sommaire à 10 millions de francs par an. Elles ne devraient donc avoir qu'un impact mineur sur les frais d'administration et par voie de conséquence sur les coûts bruts. Le projet n'entraînera aucun effet notable sur le montant des primes de l'AOS.

Dans le domaine de l'assurance complémentaire, les commissions versées aux intermédiaires par les entreprises d'assurance sont nettement plus élevées que dans l'AOS. En 2019, les premières se sont montées à 450 millions de francs, les secondes à 44 millions de francs²⁹.

²⁹ Source pour l'AOS: www.ofsp.admin.ch > Assurances > Assurance-maladie > Assureurs et surveillance > Présentation des rapports > Bilans et comptes d'exploitation.

6.4 Conséquences pour l'assurance-maladie

Les commissions versées aux intermédiaires actifs dans l'assurance-maladie sociale font partie des frais d'administration des assureurs (art. 19, al. 1, LSAMal). Les économies que le présent projet peut entraîner dans ce domaine sont très modestes. Elles sont estimées à 10 millions de francs par an. Elles n'auront donc pas d'incidence significative sur les coûts bruts de l'AOS ni sur les subsides de la Confédération destinés à la réduction des primes (art. 66 LAMal). Les possibilités d'économies dans le domaine de l'assurance-maladie complémentaire n'ont pas pu être chiffrées.

Le projet garantit la qualité de l'activité des intermédiaires. Ceux-ci devront avoir suivi une formation complète définie par les assureurs. Ils devront s'engager en outre à respecter les prescriptions de la loi fédérale du 19 juin 1992 sur la protection des données³⁰ et de la LCD. Une amélioration essentielle pour les assurés consiste dans l'interdiction faite aux assureurs et à leurs intermédiaires de procéder au démarchage téléphonique à froid. Les intermédiaires devront en outre dresser un procès-verbal de l'entretien avec le client, le signer et le faire signer par ce dernier. Les informations que l'intermédiaire doit fournir figureront ainsi sur un support. Les commissions versées aux intermédiaires seront par ailleurs limitées tant dans l'assurance-maladie sociale que dans l'assurance-maladie complémentaire. Toutes ces mesures sont de nature à renforcer la confiance des assurés dans le système de l'assurance-maladie.

Des exigences élevées en matière de formation des intermédiaires peuvent impliquer des coûts pour les assureurs et les entreprises d'assurance, en particulier pour ceux de petite taille. Les mesures proposées nécessitent enfin des ressources supplémentaires au sein des deux autorités de surveillance.

7 Aspects juridiques

7.1 Constitutionnalité

En vertu des art. 98, al. 3, 117, al. 1, et 122, al. 1, Cst., la Confédération a la compétence de légiférer en matière d'assurance-maladie, d'assurances privées et de droit civil.

Si le Conseil fédéral donne force obligatoire à un accord réglementant l'activité des intermédiaires d'assurance, cela constituera une atteinte à la liberté économique (art. 27 Cst.) des intermédiaires d'assurance et à celle des entreprises d'assurances actives dans le domaine de l'assurance-maladie complémentaire. Cette restriction de la liberté économique reposera toutefois sur une base légale formelle et poursuivra un intérêt public prépondérant, à savoir la protection des assurés. Avant d'édicter l'ordonnance donnant force obligatoire à l'accord, le Conseil fédéral devra veiller à ce que la réglementation acquérant force obligatoire respecte le principe de proportionnalité (art. 36 al. 3 Cst.).

³⁰ RS 235.1

7.2 **Compatibilité avec les obligations internationales**

Depuis l'entrée en vigueur de l'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 (ALCP)³¹, le 1^{er} juin 2002, et l'entrée en vigueur de la décision n° 1/2012 du Comité mixte institué par l'ALCP³² le 1^{er} avril 2012, les règlements de l'UE sur la coordination des systèmes de sécurité sociale sont aussi applicables et contraignants pour la Suisse³³. Le présent projet règle l'activité et la rémunération des intermédiaires d'assurance. Comme exposé au ch. 3, le droit de l'UE applicable en Suisse n'impose pas de normes pour les intermédiaires d'assurance. Le projet est donc conforme au droit de l'UE repris par la Suisse par le biais de l'annexe II de l'ALCP et aux autres engagements internationaux de la Suisse.

7.3 **Forme de l'acte à adopter**

Le projet prévoit des dispositions importantes qui fixent des règles de droit au sens de l'art. 164, al. 1, Cst., puisqu'il impose aux assureurs de nouvelles obligations et interdictions. Il doit donc prendre la forme d'une loi fédérale sujette au référendum. Le projet est un acte modificateur unique qui contient les modifications des deux actes concernés, situés au même niveau de réglementation. Il prévoit des règles analogues pour l'assurance-maladie sociale et pour l'assurance-maladie complémentaire à l'assurance-maladie sociale. Il est donc pertinent de regrouper la modification des deux actes dans un seul acte législatif.

7.4 **Frein aux dépenses**

Aux termes de l'art. 159 Cst., les dispositions relatives aux subventions, les crédits d'engagement et les plafonds de dépenses doivent être adoptés à la majorité des membres de chaque conseil s'ils entraînent de nouvelles dépenses uniques de plus de 20 millions de francs ou de nouvelles dépenses périodiques de plus de 2 millions de francs. Comme le projet ne prévoit ni de dispositions relatives aux subventions ni de décisions de financement, il n'est pas soumis au frein aux dépenses.

³¹ RS **0.142.112.681**

³² RO **2012** 2345

³³ Une version consolidée (non contraignante) des règlements (CE) n° 883/2004 et n° 987/2009 précités, dans leur version qui lie la Suisse en vertu de l'annexe II de l'accord, est publiée à titre informatif au RS **0.831.109.268.1** et RS **0.831.109.268.11**.

