Maladie chronique? – prestations des assurances sociales

Guide pratique 2016

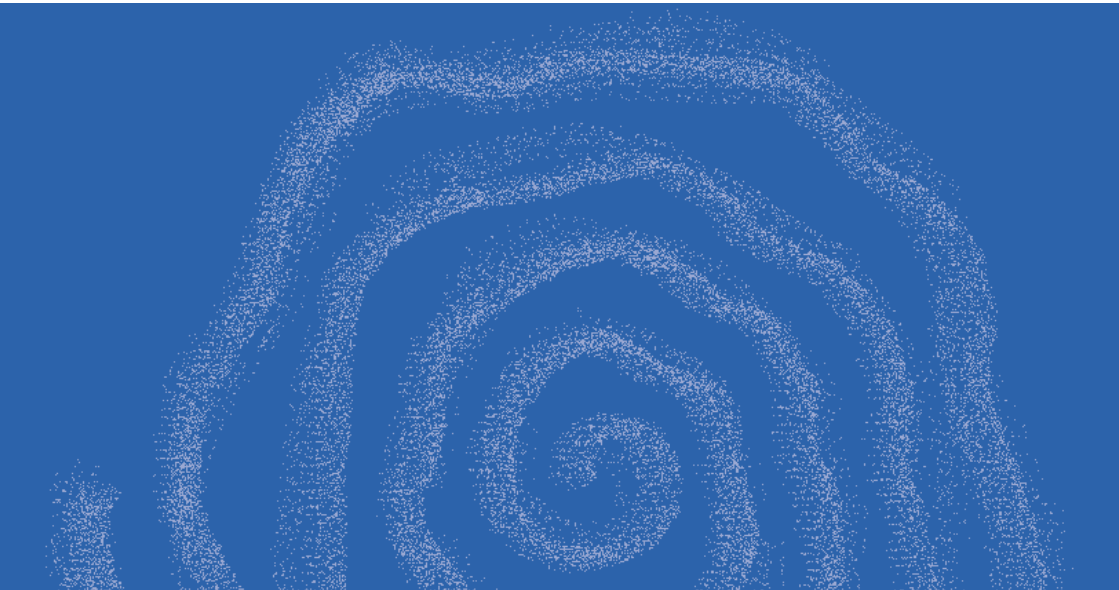
krebsliga schweiz
ligue suisse contre le cancer
lega svizzera contro il cancro

LUNGENLIGA SCHWEIZ
LIGUE PULMONAIRE SUISSE
LEGA POLMONARE SVIZZERA
LIA PULMUNARA SVIZRA

SDG ASD
Schweizerische Diabetes-Gesellschaft
Association Suisse du Diabète
Associazione Svizzera per il Diabete

Schweizerische Herzstiftung
Fondation Suisse de Cardiologie
Fondazione Svizzera di Cardiologia

Rheumaliga Schweiz
Ligue suisse contre le rhumatisme
Lega svizzera contro il reumatismo



Impressum

Éditeur
Ligue suisse contre le cancer
Ligue pulmonaire suisse

Auteur
Maître Georges Pestalozzi-Seger, avocat
Service juridique d'Inclusion Handicap
Mühlemattstrasse 14a, 3007 Berne

Groupe de travail
Therese Straubhaar, experte en travail social, Ligue suisse contre le cancer
Maja Schaub, prestations psychosociales, Ligue pulmonaire suisse

Organismes responsables
Ligue suisse contre le cancer, Effingerstrasse 40, case postale, 3001 Berne
tél. 031 389 91 00, info@liguecancer.ch, www.liguecancer.ch

Ligue pulmonaire suisse, Chutzenstrasse 10, 3007 Berne
tél. 031 378 20 50, info@lung.ch, www.liguepulmonaire.ch

Association suisse du diabète, Rütistrasse 3a, 5400 Baden
tél. 056 200 17 90, sekretariat@diabetesgesellschaft.ch, www.diabetesuisse.ch

Ligue suisse contre le rhumatisme, Josefstrasse 92, 8005 Zurich
tél. 044 487 40 00, info@rheumaliga.ch, www.ligues-rhumatisme.ch

Fondation Suisse de Cardiologie, Schwarztorstrasse 18, case postale 368, 3000 Berne 14
tél. 031 388 80 80, info@swissheart.ch, www.swissheart.ch, www.swissheartgroups.ch

Composition
Typopress Bern AG, Berne

© 2016 Ligue suisse contre le cancer / Ligue pulmonaire suisse

Table des matières

Avant-propos 7

Avis aux lecteurs 9

1. Tableaux – résumés 11

2. Traitement médical 15

2.1 Traitement médical: AI, assurance-accidents ou assurance-maladie? 16

1. Prestations obligatoires de l'AI 16

2. Prestations obligatoires de l'assurance-accidents 19

3. Prestations obligatoires de l'assurance-maladie 21

2.2 Assurance-maladie: Assurance obligatoire des soins 22

1. Régime obligatoire 22

2. Assureurs 25

3. Étendue de la protection d'assurance 26

2.3 Assurance-maladie: Assurances complémentaires facultatives 29

1. Création des rapports d'assurance 29

2. Fin des rapports d'assurance 31

2.4 Traitement ambulatoire 33

1. Prestations de l'assurance-maladie 33

2. Prestations de l'AI en cas d'infirmité congénitale 46

2.5 Médicaments 47

1. Prestations de l'assurance-maladie 47

2. Prestations de l'AI en cas d'infirmité congénitale 49

2.6 Traitement dentaire 51

1. Prestations de l'assurance-maladie 51

2. Prestations de l'AI en cas d'infirmité congénitale 53

2.7 Traitement hospitalier 54
1. Prestations de l'assurance-maladie 54
2. Prestations de l'AI en cas d'infirmité congénitale 60
2.8 Frais de voyage et de transport 62
1. Prestations de l'assurance-maladie 62
2. Prestations de l'AI 63
2.9 Prévention 64
1. Prestations de l'assurance-maladie 64
2. Prestations de l'AI 66

3. Soins ambulatoires (soins à domicile) 67
3.1 Prestations de l'assurance-maladie 68
1. Assurance obligatoire des soins 68
2. Assurances complémentaires 71
3.2 Allocation pour impotent de l'AI et de l'AVS 72
1. Prestations de l'AI 72
2. Prestations de l'AVS 74
3.3 Prestations supplémentaires de l'AI pour les mineurs 75
1. Soins à domicile par du personnel soignant spécialisé 75
2. Supplément pour soins intenses 75
3.4 Contribution d'assistance 76
1. Conditions préalables 76
2. Montant de la contribution 76
3.5 Prestations complémentaires et soins ambulatoires 78
1. Conditions générales 78
2. Frais à prendre en considération 79

4. Moyens auxiliaires et moyens de traitement 81
4.1 Moyens de traitement 82
1. Définition 82
2. Prestations de l'assurance-maladie 82
3. Prestations de l'AI en cas d'infirmité congénitale 89
4.2 Moyens auxiliaires: les prestations en bref 90
1. Définition 90
2. Prestations de l'AI 90
3. Prestations de l'AVS 94
4. Remise de moyens auxiliaires dans le cadre des prestations complémentaires 95
5. Prestations de l'assurance-maladie 95
4.3 Moyens auxiliaires en détail 97
1. Prothèses 97
2. Perruques 98
3. Corsets (orthèses du tronc) 99
4. Appareils orthophoniques 99
5. Fauteuils roulants 100
6. Lits électriques 100
7. Moyens auxiliaires pour l'hygiène corporelle 101
8. Instruments de travail et appareils ménagers 101

5. Autres mesures de rééducation 103
5.1 Thérapies non médicales 104
1. Définition 104
2. Prestations des cantons 104
3. Prestations de l'assurance-maladie 105
5.2 Réadaptation professionnelle 106
1. Principe 106
2. Orientation professionnelle et service de placement 107
3. Formation professionnelle initiale et reclassement 109
4. Mesures de réadaptation professionnelle 111

6. Perte de gain/Indemnités journalières 113
6.1 Droit du travail: congé 114
1. Délais de congé 114
2. Interdiction de licencier 114
3. Congé donné par l'employé 116
4. Congé avec effet immédiat 116
6.2 Droit du travail: paiement du salaire en cas d'incapacité de travail 117
1. Principe 117
2. Dispositions légales 117
3. Droit à des indemnisations 120
6.3 Droit du travail: devoir d'information 121
1. Questions de l'employeur 121
2. Information spontanée 122
6.4 Indemnités journalières en cas de maladie: couverture d'assurance 123
1. Assureurs 123
2. Conclusion de l'assurance 124
3. Passage dans l'assurance individuelle 126
4. Passage dans une autre assurance collective 129

6.5 Indemnités journalières en cas de maladie: conditions, montant et durée 131
1. Condition: incapacité de travail 131
2. Montant de l'indemnité journalière 132
3. Durée du droit à l'indemnité 133
6.6 Indemnités journalières de l'AI 135
1. Qui a droit à une indemnité journalière de l'AI? 135
2. Calcul de l'indemnité journalière de l'AI 137

7. Rentes d'invalidité/Prestations complémentaires 139
7.1 Évaluation de l'invalidité 140
1. Notion d'invalidité 140
2. Évaluation du degré d'invalidité 142
7.2 Rentes AI 146
1. Échelonnement et montant des rentes 146
2. Naissance du droit à la rente 148
3. Réduction des rentes 150
4. Étrangers 151
7.3 Rentes d'invalidité des caisses de pension 153
1. Protection d'assurance 153
2. Quand a-t-on droit à une rente d'invalidité de la caisse de pension? 155
3. Montant des rentes d'invalidité 157
7.4 Prestations complémentaires 159
1. Conditions personnelles 159
2. Calcul des prestations complémentaires annuelles 160
3. Remboursement des frais liés à la maladie et à l'invalidité 163
4. Procédure 164
5. Règlements cantonaux et communaux 166

8. Droits des survivants 167
8.1 Rentes de veuves, de veufs et d'orphelins de l'AVS 168
1. Rentes de veuves 168
2. Rentes de veufs 169
3. Rentes d'orphelins 170
8.2 Rentes de survivants versées par les caisses de pension 171
1. Généralités 171
2. Rentes de veuves 172
3. Allocation de veuves 173
4. Rentes de veufs 173
5. Rentes d'orphelins 174
6. Indemnité en cas de décès 175
8.3 Prestations complémentaires 176
1. Droit aux prestations 176
2. Calcul 176

9. Annexe 177
9.1 Adresses utiles 178
9.2 Organes AVS/AI/PC 203
9.3 Lois, directives, mémentos 211

Avant-propos

Cette brochure, éditée par la Ligue suisse contre le cancer, la Ligue pulmonaire suisse, la Ligue suisse contre le rhumatisme, l'Association suisse du diabète et la Fondation Suisse de Cardiologie, est tout autant un ouvrage de référence qu'un guide pratique des questions de droit des assurances sociales, qui peuvent se poser en cas de maladie chronique. Elle s'adresse aux travailleurs sociaux, aux médecins, aux autres professionnels de la santé, aux organismes d'entraide, ainsi qu'aux personnes concernées et à leurs proches.

Le présent Guide pratique 2016 peut être téléchargé – en format PDF – à partir de la page d'accueil des sites Web de la Ligue suisse contre le cancer, de la Ligue pulmonaire suisse, de la Ligue suisse contre le rhumatisme, de l'Association suisse du diabète et de la Fondation Suisse de Cardiologie. La version imprimée du Guide 2015 – Notice complémentaire comprise, contenant les modifications 2016 – peut être commandée au prix de 25 francs, frais de port non compris, auprès de shop@krebsliga.ch ou au numéro de téléphone 0844 85 00 00.

Une fois encore, Georges Pestalozzi-Seger, responsable du service juridique d'Inclusion Handicap, a assumé la responsabilité de la mise à jour de la présente brochure. Nous le remercions vivement pour son précieux travail.

Vous pouvez vous adresser au service juridique d'Inclusion Handicap pour les questions juridiques qui ne sont pas abordées dans cette brochure. Les bureaux cantonaux et régionaux de consultation de la Ligue contre le cancer, de la Ligue pulmonaire, de la Ligue contre le rhumatisme, de l'Association du diabète, ainsi que de la Fondation Suisse de Cardiologie peuvent aussi vous renseigner. Vous trouverez leurs adresses en annexe.

Nous espérons que cette brochure permettra d'aider un maximum de personnes à faire valoir leurs droits auprès des assurances sociales.

Ligue suisse contre le cancer

Therese Straubhaar
Experte en travail social

Ligue pulmonaire suisse

Maja Schaub
Prestations psychosociales

Avis aux lecteurs

Les textes non accompagnés d'un logo et sans trait dans la marge s'appliquent à toutes les personnes atteintes d'une maladie chronique, quelle qu'elle soit.

Logo diabète: ces textes concernent exclusivement les malades du diabète.

Logo cancer: ces textes concernent exclusivement les malades du cancer.

Logo poumons: ces textes concernent exclusivement les personnes atteintes d'une affection pulmonaire.

Logo rhumatisme: ces textes concernent exclusivement les personnes atteintes d'une maladie rhumatismale.

Logo cœur: ces textes concernent exclusivement les personnes atteintes d'une maladie cardiaque.

Remarque

La forme féminine ou masculine est utilisée indifféremment dans ce guide pratique.

Abréviations

AI	Assurance-invalidité
AVS	Assurance-vieillesse et survivants
CO	Code des obligations
DFI	Département fédéral de l'intérieur

LAA	Loi sur l'assurance-accidents
LAI	Loi sur l'assurance-invalidité
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
LAVS	Loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants
LCA	Loi fédérale sur le contrat d'assurance
LEtr	Loi fédérale sur les étrangers
LiMA	Liste des moyens et appareils (assurance-maladie)
LPC	Loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité
LPP	Loi fédérale sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité
OAMal	Ordonnance sur l'assurance-maladie
OIC	Ordonnance concernant les infirmités congénitales
OLAA	Ordonnance sur l'assurance-accidents
OMAI	Ordonnance concernant la remise de moyens auxiliaires par l'assurance-invalidité
OMAV	Ordonnance concernant la remise de moyens auxiliaires par l'assurance-vieillesse
OPAS	Ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins)
OPC-AVS/AI	Ordonnance sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité
OPP 2	Ordonnance sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité
PC	Prestations complémentaires
RAI	Règlement sur l'assurance-invalidité
RAVS	Règlement sur l'assurance-vieillesse et survivants

1. Tableaux – résumés

1. Tableaux – résumés

Une maladie grave provoque beaucoup de souffrance humaine, mais elle a aussi des conséquences financières importantes. L'objectif de cette brochure est de montrer comment surmonter ces problèmes financiers avec l'aide des assurances sociales (en se basant également sur le droit du travail), et quels sont les domaines où subsistent des lacunes qui doivent être prises en charge par d'autres moyens.

Mais avant d'aborder en détail les multiples règles du droit des assurances, un résumé peut être utile: c'est le but des tableaux qui suivent, avec les références aux chapitres correspondants.

Les conséquences financières d'une maladie peuvent être de deux ordres:

- un surcroît de dépenses en raison des frais de traitement, de soins, de moyens auxiliaires, etc. Le tableau 1 résume ces différents frais en les classant par groupes;
- une baisse de revenu, dont les conséquences sont souvent tout aussi graves. Le tableau 2 montre comment cette baisse peut être compensée.

Tableau 1: Surcroît de dépenses dû à la maladie

Frais de traitements médicaux ambulatoires	
Traitement médical (y compris par du personnel paramédical)	chap. 2.4
Physiothérapie, massage	chap. 2.4
Psychothérapie	chap. 2.4
Consultation diététique	chap. 2.4
Logopédie	chap. 2.4
Médicaments	chap. 2.5
Traitements dentaires	chap. 2.6
Soins ambulatoires	chap. 3.1, 3.3

Frais de voyage et de transport	chap. 2.8
Moyens de traitement	chap. 4.1
Frais de traitements hospitaliers	
Traitements en hôpital public	chap. 2.7
Traitements en cliniques privées	chap. 2.7
Rééducation en milieu hospitalier et cures	chap. 2.7
Frais de voyage et de transport	chap. 2.7
Frais de soins à domicile et d'aide ménagère	
Soins de base ambulatoires	chap. 3.1, 3.2, 3.3, 3.4
Aide ménagère	chap. 3.3, 3.4
Frais de moyens auxiliaires	
Moyens auxiliaires pour l'autonomie personnelle et la mobilité	chap. 4.2, 4.3
Moyens auxiliaires pour l'exercice d'une activité professionnelle	chap. 4.2, 5.2
Moyens auxiliaires de soins	chap. 4.2, 4.3
Frais de rééducation professionnelle	
Orientation professionnelle et service de placement	chap. 5.2
Formation professionnelle initiale et reclassement	chap. 5.2
Frais de thérapies non médicales	
Thérapies non médicales	chap. 5.1

Tableau 2: Perte de gain due à la maladie

Perte de gain de courte durée due à la maladie	
Paiement du salaire: devoirs de l'employeur	chap. 6.2
Indemnité journalière en cas de maladie dans l'assurance collective	chap. 6.4, 6.5
Indemnité journalière en cas de maladie dans l'assurance individuelle	chap. 6.4, 6.5
Perte de gain en cas de mesures professionnelles	
Indemnités journalières de l'AI pendant un examen professionnel	chap. 6.6
Indemnité journalière de l'AI pendant une formation professionnelle initiale ou un reclassement	chap. 6.6
Perte de gain de longue durée due à l'invalidité	
Rentes de l'AI	chap. 7.1, 7.2
Rentes d'invalidité des caisses de pension	chap. 7.1, 7.2, 7.3
Prestations complémentaires	chap. 7.4
Perte de gain en cas de décès	
Rentes de veuves, de veufs et d'orphelins de l'AVS	chap. 8.1
Rentes versées aux survivants par les caisses de pension	chap. 8.2
Prestations complémentaires	chap. 8.3

2. Traitement médical

2.1 Traitement médical:
AI, assurance-accidents ou assurance-maladie?

2.2 Assurance-maladie:
Assurance obligatoire des soins

2.3 Assurance-maladie:
Assurances complémentaires facultatives

2.4 Traitement ambulatoire

2.5 Médicaments

2.6 Traitement dentaire

2.7 Traitement hospitalier

2.8 Frais de voyage et de transport

2.9 Prévention

2.1 Traitement médical: AI, assurance-accidents ou assurance-maladie?

1. Prestations obligatoires de l'AI

a) Principe

En cas d'**infirmité congénitale,** l'AI prend en charge l'intégralité des frais pour les traitements médicaux (y compris les thérapies de tous ordres, pour autant qu'elles puissent être considérées comme «simples et adéquates») **jusqu'à l'âge de 20 ans.**

Même **en l'absence de toute infirmité congénitale,** l'AI peut, **à titre exceptionnel,** prendre en charge les traitements médicaux **jusqu'à l'âge de 20 ans révolus,** notamment en cas de «séquelles (relativement) stabilisées» (ou pour prévenir un tel état), lorsque le traitement médical est susceptible d'améliorer sensiblement la capacité de gain future de la personne assurée.

➔ *Art. 12 et 13 LAI*

b) Infirmité congénitale

La condition pour une prise en charge par l'AI est que la maladie figure dans la liste publiée par le Conseil fédéral en annexe de l'**Ordonnance sur les infirmités congénitales** (OIC). Toutes les infirmités congénitales graves y sont répertoriées, pour autant qu'elles puissent être traitées médicalement, en l'état actuel des connaissances.

Les tumeurs et les kystes congénitaux figurent dans la liste des infirmités congénitales sous les chiffres suivants:
215 (langue), 216 (glandes salivaires), 232 (cou), 244 (poumons), 261 (médiastin), 275 (kystes, tumeurs, duplicatures et diverticules congénitaux du tube digestif), 295 (foie), 329 (leucémie), 330 (histiocytose), 343 (reins), 349 (vessie), 384 (médulloblastome, épendymome, gliome, papillome des plexus choroïdes et chordome), 385 (hypophyse), 396 (neuroblastome), 421 (rétinoblastome), 424 (cavité orbitaire), 468 (phéochromocytome, phéochromoblastome), 486 (tumeurs des cellules germinales), 491 (tumeurs du nouveau-né).

Les affections congénitales touchant les voies respiratoires figurent dans la liste des infirmités congénitales sous les chiffres suivants:
241 (bronchectasies), 242 (emphysème lobaire), 243 (agénésie partielle et hypoplasie des poumons), 244 (kystes et tumeurs des poumons), 245 (séquestration pulmonaire), 247 (syndrome des membranes hyalines), 248 (syndrome de Mikity-Wilson), 249 (dyskinésie primaire des cils immobiles), 251 (malformations congénitales du larynx et de la trachée), 459 (mucoviscidose), 493 (maladies infectieuses congénitales), 497 (sévères troubles respiratoires d'adaptation).

Le **diabète mellitus** ou diabète sucré est considéré comme une infirmité congénitale lorsqu'il est constaté dans les quatre premières semaines de vie, ou qu'il était sans aucun doute manifeste durant cette période (chiffre 451 de la liste des infirmités congénitales).

Les infirmités congénitales concernant le squelette se trouvent aux chiffres 121 à 178 de la liste des infirmités congénitales (p.ex. chiffre 121: chondrodystrophie; chiffre 152: malformations vertébrales congénitales; chiffre 172: pseudarthroses congénitales des extrémités). **Les infirmités congénitales qui touchent les articulations, muscles et tendons** se trouvent aux chiffres 180 à 195 (p.ex. chiffre 181: arthromyodysplasie congénitale).

Les infirmités congénitales concernant le cœur et les vaisseaux se trouvent au chiffre 313 de la liste des infirmités congénitales.

➔ *Ordonnance sur les infirmités congénitales (OIC)*

c) Cas douteux

L'AI n'est tenue de fournir des prestations que lorsqu'un **médecin spécialiste** établit un diagnostic d'infirmité congénitale avec une **très forte présomption.** Il n'y a pas d'obligation de prise en charge lorsque l'existence d'une infirmité congénitale n'est qu'une **probabilité.**

En règle générale, le **moment** auquel le médecin diagnostique une infirmité congénitale n'est pas déterminant.

d) Étrangers

- **Les enfants originaires d'un pays de l'UE et de l'AELE** ont les mêmes droits que les enfants suisses, en vertu de l'Accord sur la libre circulation des personnes conclu avec les États de l'UE et de l'AELE. Ils peuvent prétendre aux mesures médicales de l'AI indépendamment du moment de la survenance du risque d'invalidité.
- **Enfants originaires de pays avec lesquels la Suisse a conclu des conventions de sécurité sociale** (voir la liste au chap. 7.2, ch. 4): l'AI prend en charge le traitement médical des infirmités congénitales si ces enfants sont nés invalides en Suisse ou si, au moment où le traitement médical a été nécessaire pour la première fois, ils résidaient en Suisse sans interruption depuis une année au moins ou depuis leur naissance.
- **Enfants des autres pays:** outre les conditions ci-dessus, le père ou la mère de l'enfant doit avoir cotisé pendant un an au moins, ou avoir été domicilié en Suisse pendant dix ans sans interruption lors de la survenance de l'invalidité.

➔ *Art. 9 LAI*

2. Prestations obligatoires de l'assurance-accidents

a) Principe

Le traitement médical consécutif à un accident ou à une maladie professionnelle est couvert par l'assurance-accidents, conformément à la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA). Pour que cette couverture des frais soit garantie, la personne concernée doit être assurée au moment de l'accident ou doit être au bénéfice d'un contrat de travail au moment où elle se retrouve en incapacité de travail.

En Suisse, **tous les travailleurs et toutes les travailleuses** (y compris les travailleurs à domicile, les apprentis, les stagiaires, les volontaires de même que les personnes travaillant dans des écoles de métiers ou des ateliers protégés), ainsi que les bénéficiaires d'**indemnités de l'assurance-chômage,** sont assurés à titre obligatoire contre les accidents professionnels et les maladies professionnelles. Les travailleurs et les travailleuses sont assurés auprès de l'assurance de leur employeur (la SUVA selon le secteur ou une assurance privée); les chômeurs sont en général assurés auprès de la SUVA.

➔ *Art. 1 à 3 LAA; art. 1 à 8 OLAA*

b) Accidents

Conformément à la loi, l'assurance-accidents ne couvre pas seulement les **accidents professionnels,** mais aussi les **accidents non professionnels;** ces derniers n'étant toutefois couverts que si la victime de l'accident travaille au moins huit heures par semaine dans l'entreprise concernée.

L'assureur est tenu d'assumer sans retard les conséquences découlant d'un accident survenu pendant la validité du contrat d'assurance.

➔ *Art. 7 et 8 LAA; art. 9 à 13 OLAA*

c) Maladies professionnelles

En vertu des dispositions de la LAA, sont assurées toutes les maladies découlant de l'exercice de l'activité professionnelle et dues à l'utilisation de **substances nocives** ou à la réalisation de certains travaux qui peuvent, selon les expériences en matière d'hygiène du travail, provoquer des problèmes de santé. Le Conseil fédéral a énuméré les substances nocives et les types de travaux qui entrent dans cette catégorie à l'annexe 1 de l'Ordonnance sur l'assurance-accidents. Dans chaque cas cependant, il faut toujours établir avec un degré de preuve qui est celui de la vraisemblance prépondérante, le **lien de causalité** entre l'activité professionnelle et la maladie.

Sont par exemple considérés comme maladies professionnelles, les **précancéroses** et les **épithéliomas de la peau** dus à des travaux impliquant l'exposition de composés, produits et résidus de goudron, brai, bitume, huiles minérales et paraffine.

Sont entre autres réputées maladies professionnelles:

- les **pneumoconioses** dues à l'inhalation de poussières ou de fibres lors de travaux dans les poussières d'aluminium, de silicates, de graphite, de silice (quartz) et de métaux durs;
- les affections de l'appareil respiratoire imputables au contact avec de la **poussière d'amiante;**
- les **affections de l'appareil respiratoire** provoquées par les travaux dans les poussières de coton, de chanvre, de lin, de céréales, de farine de froment et de seigle, d'enzymes, de produits chimiques (p.ex. isocyanate) et de moisissures;
- les maladies des voies respiratoires causées exclusivement ou de manière prépondérante par l'exposition à des **poussières de toner;**
- les maladies causées **par le contact avec les animaux;**
- les **maladies infectieuses** (l'hépatite, le sida, la tuberculose par exemple) liées aux travaux dans des hôpitaux, des laboratoires, des instituts de recherche ou des établissements analogues.

Sont notamment considérées comme maladies professionnelles:

- **les maladies dues aux vibrations,** dont les répercussions manifestes sur les os et les articulations peuvent être décelées par radiographie;
- **les tendovaginites.**

➔ *Art. 9 LAA; annexe 1 OLAA*

d) Prestations

Lorsque l'assurance-accidents est tenue de fournir des prestations, elle verse directement les indemnités aux médecins, aux hôpitaux et aux autres prestataires de soins médicaux.

Dans les chapitres qui suivent, nous avons dû renoncer à présenter en détail les prestations de l'assurance-accidents car une telle présentation dépasserait le cadre du présent guide pratique.

Relevons toutefois que les prestations de l'assurance-accidents correspondent en général à celles de l'assurance-invalidité.

➔ *Art. 10 ss LAA; art. 15 ss OLAA*

3. Prestations obligatoires de l'assurance-maladie

Lorsque ni l'assurance-invalidité ni l'assurance-accidents ne sont tenues de fournir des prestations, il incombe à l'assurance-maladie de prendre en charge le traitement (voir à ce sujet les chap. 2.2 et 2.3).

2.2 Assurance-maladie: Assurance obligatoire des soins

1. Régime obligatoire

a) Principe

Depuis le 1er janvier 1996, l'assurance des soins en cas de maladie est obligatoire dans toute la Suisse. Toute personne ayant son **domicile** en Suisse doit s'assurer pour les soins en cas de maladie (ou être assurée par son représentant légal) dans les trois mois qui suivent sa prise de domicile ou sa naissance en Suisse.

Les **cantons** veillent à ce que l'obligation de s'assurer soit respectée. L'autorité cantonale compétente affilie d'office toutes les personnes qui ne se sont pas assurées dans les délais prévus par la loi.

➔ *Art. 3 et 6 LAMal*

b) Personnes n'ayant pas de domicile en Suisse

Sont également tenus de s'assurer:

- les **ressortissants étrangers** au bénéfice d'une **autorisation** de séjour valable plus de trois mois. Les personnes dont l'autorisation de séjour est inférieure à trois mois sont tenues de s'assurer uniquement si elles exercent une activité dépendante en Suisse et si elles ne bénéficient pas d'une couverture d'assurance équivalente pour les traitements en Suisse;
- les **ressortissants d'un État de l'Union européenne** qui exercent une activité lucrative en Suisse pendant trois mois au plus et qui n'ont **pas besoin d'une autorisation de séjour** sont également soumis à l'obligation de s'assurer lorsqu'ils ne bénéficient pas d'une couverture d'assurance équivalente pour les traitements en Suisse;
- les **requérants d'asile** ainsi que toutes les personnes pour lesquelles une admission provisoire a été décidée conformément à l'article 83 LEtr ou à qui une «protection provisoire» a été octroyée selon l'article 66 de la Loi sur l'asile. Pour ces cas, les cantons peuvent restreindre le libre choix de l'assureur et du fournisseur de prestations;

- les **frontaliers** qui exercent une activité lucrative en Suisse ainsi que les membres de leur famille, pour autant que ces derniers n'exercent pas à l'étranger une activité lucrative impliquant un assujettissement à une assurance-maladie obligatoire;
- les personnes qui, domiciliées dans un État de l'Union européenne, sont bénéficiaires d'**une rente suisse** ou des indemnités journalières de l'assurance-chômage suisse (l'obligation d'assurance s'étend également aux membres de leur famille). Ces personnes peuvent toutefois demander à être libérées de l'obligation de s'assurer si elles disposent ailleurs d'une autre couverture d'assurance suffisante.

Toutefois, certaines personnes (tels que les employés «en mission» en Suisse, les écoliers, les professeurs d'université, les chercheurs, etc.) peuvent, sur demande, **être libérées de l'obligation de s'assurer,** à condition de disposer d'une couverture d'assurance équivalente pour les traitements en Suisse.

➔ *Art. 1 à 3 OAMal; art. 82a Loi sur l'asile*

c) Début de la couverture d'assurance

Toute personne dont l'affiliation a lieu **dans les délais** prévus par la loi (c'est-à-dire dans les trois mois qui suivent la prise de domicile ou la naissance en Suisse) bénéficie d'une couverture d'assurance intégrale dès la prise de domicile ou la naissance.

En cas d'affiliation **tardive,** l'assurance ne déploie ses effets qu'à compter de la date d'affiliation (pas d'effet rétroactif!). Si le retard n'est pas excusable, l'assuré doit en outre verser un supplément de prime de 30 à 50%. Ce supplément doit être payé pendant une période équivalant au double de la durée du retard d'affiliation.

➔ *Art. 5 LAMal; art. 7 OAMal*

d) Fin de la couverture d'assurance

La couverture d'assurance prend fin à la date de départ annoncée au contrôle des habitants, dans tous les cas le jour du **départ effectif** de la Suisse ou le jour du **décès** de l'assuré.

Nul ne peut plus **être exclu** de l'assurance, par exemple pour cause de non-paiement des primes. Toute personne **en retard dans le paiement des primes** doit être mise en poursuite par l'assureur après la procédure de sommation et la fixation d'un ultime délai. Si une perte résulte de la poursuite, la caisse-maladie doit en informer le canton, qui la dédommagera à hauteur de 85% du montant non couvert.

Depuis le 1er janvier 2012, la mise en poursuite et l'annonce d'une perte n'autorisent plus les caisses-maladies à suspendre automatiquement leurs prestations. Les assurés défaillants **ne peuvent toutefois pas changer de caisse,** tant qu'ils n'ont pas réglé leurs arriérés de paiement.

Remarque: la loi sur l'assurance-maladie autorise les **cantons** à dresser une **liste** des personnes qui n'ont pas payé leurs primes malgré une mise en poursuite. Les cantons n'ont pas tous fait usage de cette possibilité. Mais si la législation cantonale le prévoit, la tenue d'une telle liste peut amener les caisses-maladies à **suspendre la prise en charge des coûts de prestations** (soins d'urgence exceptés). C'est seulement quand les primes, les participations aux coûts, les intérêts moratoires et les frais de poursuite auront été payés intégralement que la suspension des paiements par la caisse-maladie sera annulée rétroactivement.

➔ *Art. 5 et 64a LAMal; art. 7, 9 et 105a à 105m OAMal*

2. Assureurs

a) Liberté de choix

Les personnes tenues de s'assurer peuvent **choisir librement** parmi les assureurs agréés. Les assureurs **sont contraints,** dans les limites de leur rayon d'activité territorial, d'accepter **sans réserve** toute personne tenue de s'assurer. Les cantons peuvent prévoir des restrictions à la liberté de choix pour les requérants d'asile et les personnes à protéger sans permis de séjour.

Les personnes tenues de s'assurer ont le choix entre les catégories d'assureurs suivantes:

- les **caisses-maladies** reconnues et
- les **compagnies d'assurance privées** qui sont autorisées à pratiquer l'assurance-maladie sociale.

Pour le moment, les compagnies d'assurance privées ne paraissent pas beaucoup s'intéresser à l'assurance obligatoire des soins. De fait, les **caisses-maladies** sont donc la seule catégorie d'assureurs qui entre en ligne de compte.

➔ *Art. 4 et 11 à 13 LAMal; art. 82a Loi sur l'asile*

b) Libre passage

Le principe appliqué est celui du **libre passage intégral:** les assurés peuvent, moyennant un **préavis de trois mois,** changer d'assureur pour la fin d'un semestre d'une année civile sans devoir craindre que le nouvel assureur leur impose des réserves. Lorsque la caisse annonce à l'assuré une **nouvelle** prime, le **délai de préavis** à respecter pour changer de caisse est limité à **un mois** (pour la fin de l'année), que la nouvelle prime soit supérieure, égale ou inférieure à l'ancienne.

Les dispositions légales en vigueur rendent le changement un peu plus difficile si l'assuré a choisi une forme d'assurance spéciale (assurance avec bonus, assurance HMO). En outre, l'assuré ne peut pas changer d'assureur tant qu'il n'a pas payé intégralement les **primes et participations aux coûts arriérées,** ainsi que les intérêts moratoires et les frais de poursuite (voir chap. 2.2, ch. 1d).

Pour éviter toute interruption de la protection d'assurance, l'affiliation auprès de l'ancien assureur ne prend pas fin avant que le nouvel assureur lui ait **confirmé** l'assurance de l'intéressé par ses soins.

➔ *Art. 7 et 64a LAMal; art. 90 et 93 à 101 OAMal*

3. Étendue de la protection d'assurance

a) Risques assurés

L'assurance-maladie obligatoire ne couvre pas seulement les risques de **maladie** et de **maternité,** mais aussi le risque d'**accident.** Ce dernier n'est toutefois assuré qu'à titre **subsidiaire,** c'est-à-dire uniquement dans la mesure où il n'est pas couvert par une assurance-accidents.

Les personnes qui peuvent apporter la preuve qu'elles sont déjà assurées contre les accidents professionnels et non professionnels au sens de la LAA peuvent demander la **suspension de la couverture des accidents.** Leurs primes doivent être réduites en conséquence.

Dès que la couverture des accidents au sens de la LAA cesse totalement ou en partie, l'assuré bénéficie automatiquement de la couverture intégrale prévue par la LAMal.

➔ *Art. 1, 2 et 8 à 10 LAMal*

b) Durée de la couverture d'assurance

L'assurance obligatoire des soins couvre les risques assurés **pendant toute la durée de l'assurance.** Le fait que la maladie se soit déclarée, que l'accident ait eu lieu ou que la grossesse ait commencé avant le début de la couverture d'assurance n'a aucune importance.

c) Étendue géographique de la couverture d'assurance

L'assurance obligatoire des soins obéit au **principe de territorialité:** normalement, seul les frais occasionnés en Suisse sont pris en charge. Les dérogations à ce principe sont peu nombreuses:

- En **cas d'urgence** (c'est-à-dire «lorsque l'assuré qui séjourne temporairement à l'étranger a besoin d'un traitement médical et qu'un retour en Suisse n'est pas approprié»), le traitement à l'étranger est pris en charge jusqu'à concurrence du double du montant qui aurait été payé si le traitement avait eu lieu en Suisse.
- Les **traitements spéciaux** qui ne sont pas proposés en Suisse et dont le DFI donne une description détaillée sont également pris en charge jusqu'à concurrence du double du montant qui aurait été payé si le traitement avait eu lieu en Suisse. Mais à l'heure actuelle, le DFI n'a encore défini aucun traitement de ce genre. Le Tribunal fédéral des assurances a maintenant établi que l'absence de liste n'est pas un motif de nature à empêcher la prise en charge de tels traitements à l'étranger, bien qu'une certaine réserve s'impose: par exemple, le seul fait qu'un traitement déterminé peut être administré à l'étranger et non en Suisse ne suffit pas à justifier la prise en charge des coûts par l'assurance-maladie obligatoire lorsque ledit traitement, en l'occurrence, réduit le risque de récidive du cancer dans une proportion difficile à établir (ATF 128 V 75, 131 V 271).
- L'**accouchement** à l'étranger est pris en charge dans les cas où il s'agit là du seul moyen permettant à l'enfant d'acquérir la nationalité de sa mère ou de son père.

Remarque: un **projet-pilote** de durée limitée est en cours dans la région bâloise. Il permet aux assurés de cette région de se faire traiter dans les centres de réadaptation des pays voisins aux frais de l'assurance-maladie obligatoire.

Remarque: des règles spécifiques s'appliquent à l'entraide en matière de prestations dans l'Union européenne. Lorsqu'une personne assurée en Suisse voyage dans un État de l'Union, il lui est conseillé de se munir de la **carte d'assuré** que les caisses-maladies distribuent maintenant à tous les assurés. En cas de maladie, le pays où séjourne l'assuré couvrira les frais de traitement avant de les facturer à la caisse-maladie suisse par l'intermédiaire de l'institution commune prévue par la LAMal.

➔ *Art. 34 et 42a LAMal; art. 36 et 36a OAMal*

2.3 Assurance-maladie: Assurances complémentaires facultatives

1. Création des rapports d'assurance

a) Principe

Les personnes qui ne se contentent pas des prestations de l'assurance obligatoire des soins ont la possibilité de conclure une **assurance complémentaire.** Elles doivent cependant avoir conscience du fait que les assurances complémentaires sont régies par les dispositions de la législation sur les assurances privées, qui obéit au principe de la **liberté contractuelle.** Celle-ci peut être revendiquée par les deux parties: la conclusion d'une assurance complémentaire est facultative non seulement pour l'intéressé, mais aussi pour l'assureur. Ce dernier n'est en effet pas tenu d'assurer toutes les personnes qui en font la demande. Il peut notamment **refuser de conclure** un contrat d'assurance avec une personne qui présente des risques accrus (âge, problèmes de santé antérieurs).

b) Assureurs

Les assurances complémentaires peuvent être proposées tant par les **caisses-maladies** que par les **compagnies d'assurance privées.** Les assurances complémentaires proposées par les caisses-maladies sont elles aussi régies par la Loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA) et non par la LAMal.

Les personnes qui souhaitent conclure une assurance complémentaire peuvent **choisir librement leur assureur.** L'assurance obligatoire des soins et l'assurance complémentaire ne doivent pas obligatoirement être prises auprès de la même caisse-maladie. Dans la pratique, cette liberté de choix se trouve cependant restreinte à plusieurs égards:

- les personnes **qui ont un problème de santé** au moment où elles cherchent à conclure une assurance risquent de ne pas trouver d'assureur disposé à leur proposer un contrat ne prévoyant pas de réserve;
- les **personnes âgées** risquent de devoir payer des primes prohibitives.

c) Examen de santé, déclarations obligatoires

Les personnes qui souhaitent conclure une assurance complémentaire ont l'obligation de répondre en toute sincérité aux questions de l'assureur concernant des maladies existantes ou des maladies antérieures qui, d'après l'expérience, peuvent ressurgir sous la forme de rechutes **(déclarations obligatoires).** L'assureur a aussi le droit de demander au preneur d'assurance de se faire examiner par son médecin-conseil. Se fondant sur les résultats de cet examen de santé, il peut refuser de conclure le contrat ou formuler une réserve (limitée ou illimitée dans le temps) pour certaines maladies.

Si une personne contrevient à la règle des déclarations obligatoires, s'il y a donc **réticence** (c'est là le terme utilisé dans la loi), l'assureur n'est pas lié par le contrat à condition qu'il s'en départisse dans un délai de quatre semaines à compter du moment où il a eu connaissance de la réticence. L'assureur ne peut toutefois se départir du contrat, pour un sinistre déjà survenu, que si les mauvaises informations données par le preneur d'assurance sont en lien direct avec la maladie à l'origine de ce sinistre. Dans ce cas, il n'est alors même pas tenu de rembourser les primes déjà payées.

➔ *Art. 4 à 6 LCA*

d) Contenu du contrat d'assurance

La loi ne contient aucune indication relative au contenu des assurances complémentaires en cas de maladie. Seule la volonté des parties est donc déterminante dans ce cas **(police, conditions générales d'assurance, règlement).**

Les assurances complémentaires sont proposées avant tout en rapport avec les prestations suivantes:

- complément aux prestations prévues par la LAMal en matière de soins **ambulatoires** (p.ex. pour couvrir les frais des traitements de médecines parallèles, des traitements de médecine dentaire, des soins à domicile ou encore des corrections de la vue);
- en complément aux prestations prévues par la LAMal en matière de soins **hospitaliers** (p.ex. pour couvrir les frais occasionnés par un séjour dans un hôpital ou un home d'un autre canton ou dans une division privée ou semi-privée);
- pour couvrir le risque de perte de gain **(assurance d'indemnités journalières).**

Pendant la durée du contrat, le contenu de ce dernier **ne peut pas être modifié unilatéralement par l'une des parties.** Le contrat peut en revanche être modifié en tout temps par convention. Dans les cas où la modification pénalise l'assuré, elle n'est valable que si elle a été approuvée expressément par ce dernier.

2. Fin des rapports d'assurance

a) Principe

L'assurance prend fin

- à l'**échéance** de la durée prévue dans le contrat; la loi ne donne pas aux parties le droit d'exiger un renouvellement du contrat;
- à la **résiliation** du contrat, pour autant que ce moyen de mettre fin à l'assurance soit prévu dans le contrat. La loi accorde aux parties le droit de résilier le contrat à chaque dommage donnant lieu à une prestation de l'assurance. La plupart des assureurs-maladies renoncent à ce droit dans leurs conditions générales;
- par commun **accord;**
- au **décès** de l'assuré.

➔ *Art. 42 LCA*

b) Difficultés potentielles

L'assuré qui prend une assurance complémentaire alors qu'il est encore jeune risque de se retrouver dans une situation difficile si, à cause d'une sérieuse détérioration de son état de santé, l'assureur décide de ne plus renouveler ou même de résilier le contrat d'assurance. Avant de conclure une assurance complémentaire, il est donc recommandé de veiller à ce que l'assureur

- s'engage par contrat à renouveler l'assurance à chaque expiration du contrat et
- renonce expressément au droit de se départir du contrat (de durée limitée et illimitée) dont il jouit en vertu de l'article 42 LCA.

2.4 Traitement ambulatoire

1. Prestations de l'assurance-maladie

a) Traitement médical

Les caisses-maladies doivent, par principe, prendre en charge les coûts des **examens et traitements médicaux,** à condition qu'ils soient efficaces, appropriés et économiques.

Sont aussi considérés comme examens et traitements médicaux les prestations qui sont fournies sous la surveillance directe du médecin dans le cabinet de celui-ci par le **personnel médical engagé par le médecin.** Peuvent notamment être considérés comme membres du personnel médical les physiothérapeutes, ergothérapeutes, diététiciens, logopédistes et psychothérapeutes.

Les **chiropraticiens** jouissent d'un statut juridique comparable à celui du corps médical: ils n'ont pas besoin d'ordonnance médicale pour que leurs traitements soient pris en charge par les caisses-maladies.

➔ *Art. 25, 33, 36 et 48 LAMal; art. 38, 39 et 44 OAMal*

b) Efficacité, adéquation et caractère économique des prestations

Dans le cadre de l'**assurance obligatoire des soins,** les caisses-maladies sont tenues de prendre en charge uniquement les traitements qui sont considérés comme efficaces, adéquats et économiques. Le mandat thérapeutique des médecins laisse cependant à ces derniers une certaine marge d'appréciation dans l'application de ces critères.

Il existe une série de mesures thérapeutiques qui sont très largement controversées au sein même du corps médical. Le Département fédéral de l'intérieur (DFI) soumet périodiquement ces traitements contestés à une commission de spécialistes (appelée **«Commission des prestations»**), qui juge de l'efficacité et de l'adéquation des mesures en question. Les résultats de ce travail d'appréciation sont publiés dans l'annexe 1 de l'Ordonnance sur les prestations de

l'assurance des soins (OPAS). On y trouve aussi les conditions détaillées auxquelles est liée la prise en charge de chaque traitement.

La Commission des prestations s'est notamment prononcée de la manière suivante:

- Les coûts d'une **transplantation autologue de cellules souches hématopoïétiques** sont pris en charge par les caisses-maladies en cas de lymphomes, de leucémie lymphatique et myéloïde aiguë, de myélomes multiples, de neuroblastome, de médulloblastome et de tumeur des cellules germinales. D'autres types de tumeur peuvent conduire à l'obligation de prise en charge d'une telle transplantation, dans le cadre d'études cliniques uniquement. Pour ce qui est de la **transplantation allogénique de cellules souches hématopoïétiques,** les caisses-maladies ont l'obligation de couvrir le traitement s'il vise la leucémie lymphatique et myéloïde aiguë, la leucémie myéloïde chronique, ainsi que d'autres tumeurs.
- La **photophérèse extracorporelle** est aussi obligatoirement à la charge de l'assurance dans le cas de lymphome cutané à cellules T.
- L'assurance-maladie doit également prendre en charge «la **perfusion isolée des membres** en hyperthermie et au moyen du facteur de nécrose tumorale» en cas de mélanome et de sarcome des parties molles atteignant exclusivement un membre.
- La **curiethérapie à faible dose** est prise en charge jusqu'à nouvel avis en cas de carcinome localisé de la prostate avec un risque de récidive faible ou moyen et une espérance de vie supérieure à cinq ans.
- Les prestations obligatoires des caisses-maladies comprennent également la **radiothérapie aux protons,** qui permet le traitement ciblé de tumeurs particulièrement complexes dont l'emplacement pose problème (tumeurs du crâne, tumeurs du cerveau ou des méninges, sarcomes des parties molles et des os, p.ex.) ou de tumeurs chez des enfants et des jeunes gens. Les frais sont pris en charge uniquement après approbation de l'assurance et avec l'autorisation expresse du médecin-conseil. La radiothérapie postopératoire du carcinome du sein par radiothérapie aux protons n'est plus prise en charge par l'assurance obligatoire depuis le 15 juillet 2015.

- La **radiothérapie interstitielle sélective (RTIS)** destinée au traitement du carcinome hépato-cellulaire primaire inopérable, pour lequel d'autres procédures ne sont pas possibles ou sont restées sans effet, est prise en charge par les assurances-maladies.
- L'est également, dans le domaine de l'oncologie, la **tomographie par émission de positrons (TEP),** conformément aux directives de la Société suisse de médecine nucléaire. Depuis le 1er janvier 2015, elle doit également être prise en charge dans le carcinome de la prostate après une récidive biochimique (hausse du taux de PSA) et depuis le 1er janvier 2016 pour l'évaluation des tumeurs du cerveau et la réévaluation des tumeurs malignes du cerveau.
- Le **test multigène** est une prestation obligatoire en cas de carcinome du sein primaire invasif doté de certaines caractéristiques lorsque les méthodes conventionnelles ne permettent pas de déterminer la nécessité de mettre en œuvre une chimiothérapie adjuvante.
- L'**insémination artificielle** sous forme d'insémination intra-utérine fait elle aussi partie des prestations obligatoires. Le Tribunal fédéral des assurances a toutefois décidé que l'assurance-maladie obligatoire ne doit pas prendre en charge la **cryoconservation préventive** avant une chimiothérapie suivie de rayons, destinée à éviter les troubles de la fécondité (arrêt K 23/04).
- L'**immunothérapie spécifique active** à titre de traitement auxiliaire du carcinome du côlon en phase II, les **ultrasons à haute intensité (HIFU)** destinés au traitement du carcinome de la prostate, ainsi que l'**injection de polyéthylène glycol** et l'**implantation transpérinéale d'un ballon biodégradable** pour maintenir l'écart entre la prostate et le rectum lors de l'irradiation de la prostate, sont du ressort de l'assurance obligatoire.

La Commission des prestations a également pris les décisions ci-après:

- Depuis 1994, les caisses-maladies sont tenues de couvrir les **transplantations isolées du poumon** chez les patients qui se trouvent au stade terminal d'une maladie pulmonaire chronique, à condition toutefois que l'opération soit entreprise à l'Hôpital universitaire de Zurich ou au Centre Hospitalier Universitaire Vaudois.

- Le remboursement de la **réhabilitation respiratoire** chez les personnes atteintes d'une maladie pulmonaire grave et chronique est désormais obligatoire. Le traitement peut être ambulatoire ou stationnaire. Le déroulement du programme, le personnel et l'infrastructure doivent satisfaire aux exigences de la Société suisse de pneumologie. Quant à la direction et au programme, ils doivent être certifiés par la Commission de réhabilitation pulmonaire de la Société suisse de pneumologie. La prise en charge des coûts n'est possible qu'une fois par an. Elle n'intervient qu'après octroi d'une garantie préalable par la caisse-maladie et sur autorisation expresse du médecin-conseil.
- Les caisses-maladies doivent obligatoirement couvrir les coûts d'une **polysomnographie** (ou polygraphie) en cas de forte suspicion d'un syndrome d'apnées du sommeil; d'autres indications sont le syndrome d'impatience des membres inférieurs pendant le sommeil (syndrome des jambes sans repos), les parasomnies graves, les troubles de l'endormissement et du sommeil, lorsque le traitement médicamenteux reste sans succès, ainsi que les troubles persistants du rythme circadien (selon la SGV/SSMC); mais elles ne sont pas tenues de rembourser la polysomnographie lorsqu'elle sert à des examens de routine de l'insomnie passagère et de l'insomnie chronique, de la fibromyalgie et du syndrome de la fatigue chronique.

D'autres traitements ont fait l'objet d'un examen par la Commission des prestations:

- Le **traitement des défauts de posture** doit être pris en charge par les caisses-maladies lorsqu'il a un caractère nettement thérapeutique, c'est-à-dire lorsque des modifications, décelées par radiographie, de la structure ou des déformations de la colonne vertébrale sont devenues manifestes. Les mesures prophylactiques, qui permettraient d'éviter les risques de modification du squelette, comme de la gymnastique spécialisée destinée à renforcer le dos, ne sont par contre pas à la charge de l'assurance-maladie obligatoire.
- La **neurostimulation électrique transcutanée (TENS)** est financée, avec prise en charge des frais de location des appareils nécessaires, par les caisses-maladies suite à certaines indications (douleur irradiante de type sciatalgie ou après des opérations de hernie discale, syndrome épaule-bras, etc.) si leur efficacité est attestée par le médecin ou le physiothérapeute, et leur indication confirmée par le médecin-conseil.

- La **cyphoplastie par ballonnets** est aussi à la charge de la caisse-maladie quand elle vise à traiter des fractures de la colonne vertébrale récentes et douloureuses, qui ne relèvent pas d'un traitement par des analgésiques et entraînent une déformation qui doit être corrigée.
- En cas de symptôme de maladie dégénérative des vertèbres cervicales et lombaires, des **prothèses de disques** sont provisoirement à la charge de la caisse-maladie, si les traitements conservatoires sont restés sans effet.
- Sont également à la charge de la caisse la **stabilisation interspinale dynamique** et la **stabilisation dynamique** de la colonne vertébrale, si elles sont effectuées par un chirurgien qualifié.
- Le financement de la **thérapie neurale locale** et **segmentaire** est également du ressort des caisses-maladies.
- Le traitement de l'arthrose par **injection intra-articulaire d'un lubrifiant artificiel, ou de téflon ou de silicone en tant que lubrifiant** n'est par contre pas à la charge des caisses-maladies, non plus que les **traitements par laser athermique** (ou laser de basse énergie).

La Commission des prestations a pris notamment les décisions suivantes:

- L'**insulinothérapie à l'aide d'une pompe à perfusion continue** est prise en charge par les assureurs comme prestation obligatoire lorsque le patient souffre d'un diabète extrêmement labile, que son affection ne peut pas être stabilisée de manière satisfaisante par la méthode des injections multiples, que le traitement au moyen de la pompe est indiqué et que les soins sont dispensés par un centre qualifié. Après consultation du médecin-conseil, le traitement peut être poursuivi par un médecin spécialisé installé en cabinet privé qui a l'expérience nécessaire.
- Le **traitement chirurgical de l'adiposité** (p.ex. pontage gastrique, anneau gastrique, gastroplastie verticale) est désormais pris en charge si l'indice de masse corporelle du patient ou de la patiente est supérieur à 35, et si une thérapie adéquate de réduction du poids suivie pendant deux ans est restée sans effet. L'indication doit être conforme aux directives

du «Swiss Study Group for Morbid Obesity (SMOB)» relatives au traitement chirurgical du surpoids.

- La **thérapie ambulatoire individuelle structurée multiprofessionnelle** en quatre étapes **pour les enfants et les jeunes en surpoids** est aussi une prestation obligatoire si on peut pronostiquer une aggravation du diabète mellitus en raison du surpoids ou si ce diabète en est une conséquence.
- Le **traitement à l'oxygène hyperbare** est pris en charge par les caisses-maladies en cas de syndrome du pied diabétique à un stade avancé.
- Les frais d'une **réhabilitation ambulatoire** concernant des patients atteints d'un diabète mellitus de type II doivent être obligatoirement pris en charge par les assureurs (au maximum une fois tous les trois ans), s'il existe un accord préalable de l'assureur comprenant l'autorisation expresse du médecin-conseil et que la réhabilitation remplit les exigences de la Société suisse d'Endocrinologie et Diabétologie.

La Commission des prestations a pris notamment les décisions suivantes:

- L'**enregistrement électrocardiographique de longue durée** est pris en charge par les assureurs en tant que prestation obligatoire dans l'indication de troubles du rythme, de la transmission et de l'irrigation cardiaque.
- Le **traitement par resynchronisation cardiaque** (insertion d'une troisième électrode lors de l'implantation d'un stimulateur ou d'un DAI) en cas d'insuffisance cardiaque chronique sévère (NYHA III ou IV) dont l'indication a été posée dans un centre de cardiologie qualifié est lui aussi une prestation obligatoire des caisses-maladies.
- Les caisses doivent également prendre en charge, sous certaines conditions, les frais de l'**implantation d'une valve cardiaque transcathéter (TAVI)** chez des patients atteints d'une sténose aortique sévère inopérable ou à haut risque chirurgical.
- L'**implantation d'un défibrillateur** est une prestation obligatoire des caisses-maladies tout comme l'**implantation d'un stent coronarien coaté.**

- Les caisses doivent prendre en charge la **tomographie par émission de positrons (TEP)** préalable à une transplantation cardiaque ainsi qu'en tant qu'examen d'une perfusion myocardique en vue d'évaluer une ischémie du myocarde.
- Les frais d'une **réadaptation cardiaque ambulatoire** sont à la charge des assurances-maladies à condition qu'il y ait un accord préalable de l'assureur avec une autorisation expresse du médecin-conseil et que la réadaptation réponde aux exigences du Groupe suisse de travail pour la réadaptation cardiovasculaire (GSRC). La réadaptation cardiaque peut, sous certaines conditions, être réalisée aussi sous forme stationnaire (cf. chap. 2.7 ch. 1e). En cas de **diagnostic principal d'AOMI,** une **réadaptation ambulatoire** est prise en charge par les assurances-maladies à partir du stade IIa selon Fontaine à condition d'être réalisée conformément aux exigences de la Société suisse d'angiologie.

L'efficacité d'un traitement médical doit être prouvée selon des **méthodes scientifiques,** un critère qui pose encore et toujours des problèmes à la **médecine complémentaire.** Le Département fédéral de l'intérieur a redonné son aval, à partir du 1er janvier 2012, au remboursement par les caisses-maladies des prestations relevant des médecines complémentaires suivantes, pour autant qu'elles soient fournies par des médecins formés en conséquence: médecine anthroposophique, médecine chinoise traditionnelle (MCT), homéopathie et phytothérapie. Le remboursement de l'**acupuncture** était approuvé depuis un certain temps déjà.

Le médecin qui propose des traitements non remboursés par les caisses-maladies doit, au préalable, attirer l'attention de son patient sur les frais qui pourraient en résulter. S'il néglige ce **devoir d'information,** le patient peut refuser de régler la facture.

→ *Art. 32 et 33 LAMal; art. 1 OPAS; annexe 1 de l'OPAS*

c) Choix du médecin

L'assuré peut **choisir librement** parmi les médecins reconnus qui pratiquent en Suisse (sauf s'il a opté pour une forme d'assurance limitant le choix du médecin, p.ex. pour une assurance HMO). La caisse-maladie est néanmoins tenue de prendre en charge les coûts seulement jusqu'à concurrence du **tarif** applicable au **lieu de résidence ou de travail** de l'assuré. C'est uniquement dans le cas où, pour des raisons médicales, l'assuré doit bénéficier d'un traitement hors du canton (p.ex. en cas d'urgence ou si les prestations nécessaires ne peuvent pas être fournies au lieu de résidence ou de travail de l'assuré) qu'est appliqué un autre tarif, à savoir celui du canton où le traitement a eu lieu. Les conditions auxquelles les caisses-maladies sont tenues de prendre en charge un traitement **à l'étranger** sont très strictes (voir chap. 2.2, ch. 3c).

➔ *Art. 34 et 41 LAMal; art. 36, 38 et 39 OAMal*

d) Franchise et quote-part

L'assuré majeur doit, pour chaque année civile, prendre à sa charge une part fixe des traitements médicaux dont il a bénéficié (franchise, actuellement 300 francs par année). Il est tenu de payer, en sus, une **quote-part de 10%** des frais de traitement dépassant la franchise. La quote-part annuelle est plafonnée à 700 francs pour les adultes et à 350 francs pour les enfants.

La **quote-part** s'élève toutefois à **20%** quand un assuré choisit comme médicament une préparation originale plutôt que son pendant générique, si le générique figure dans la liste des spécialités, que son prix maximal est inférieur d'au moins 20% à celui de la préparation originale, et que cette dernière n'ait pas été expressément prescrite par le médecin pour des raisons médicales.

En contrepartie d'une réduction équitable de ses primes, l'assuré majeur peut opter pour une forme d'assurance avec franchise accrue (500, 1000, 1500, 2000 ou 2500 francs par année). Les mineurs ont eux aussi la possibilité de conclure une assurance avec franchise (100, 200, 300, 400, 500 ou 600 francs).

Aucune participation aux coûts n'est demandée par les caisses-maladies

- pour les prestations liées à la maternité (examens de contrôle, accouchement, conseils en matière d'allaitement, soins au nouveau-né en bonne santé, aussi longtemps qu'il séjourne avec sa mère à l'hôpital);
- pour le traitement et les soins donnés aux femmes à partir de la 13e semaine de grossesse, pendant l'accouchement et pendant les 8 semaines qui suivent l'accouchement.

➔ *Art. 62 et 64 LAMal; art. 93 à 101 et 103 à 105 OAMal; art. 38a OPAS*

e) Psychothérapie

Les caisses-maladies couvrent les coûts des psychothérapies dispensées par un **médecin,** à condition que l'**efficacité** de celles-ci soit **attestée scientifiquement.** On entend par psychothérapie une forme de traitement des maladies psychiques et psychosomatiques qui «repose essentiellement sur la communication orale» et «sur une théorie du comportement normal et pathologique et un diagnostic étiologique». Elle comprend la «réflexion systématique et une relation thérapeutique suivie», se caractérise «par une collaboration et par des séances de thérapie régulières et planifiées» et vise un objectif thérapeutique défini (art. 2 OPAS). Les psychothérapies destinées uniquement à la découverte ou à la réalisation de soi-même ou encore à la maturation de la personnalité, ne sont pas du ressort de l'assurance obligatoire.

Les thérapies pratiquées par un **psychothérapeute** dans le cabinet et sous la surveillance d'un médecin sont mises sur un pied d'égalité avec les psychothérapies pratiquées par un médecin.

Lorsque la psychothérapie nécessitera, selon toute probabilité, plus de 40 séances le médecin traitant est tenu de faire un rapport circonstancié au **médecin-conseil** de la caisse-maladie, qui indiquera ensuite à cette dernière si la thérapie peut être poursuivie aux frais de l'assurance-maladie, et pour combien de temps.

Les **psychothérapeutes indépendants,** par contre, ne sont pas autorisés pour l'instant à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins, même dans les cas où ils dispensent un traitement sur ordonnance médicale. Il existe toutefois un bon nombre de caisses-maladies qui contribuent à la couverture des frais de telles thérapies dans le cadre d'**assurances complémentaires.** Les personnes qui ont l'intention de suivre une psychothérapie chez un thérapeute indépendant feront bien, au préalable, de consulter les règlements ou de se renseigner auprès de leur caisse pour savoir dans quelle mesure la thérapie envisagée sera prise en charge.

➔ *Art. 2 et 3b OPAS; annexe 1 de l'OPAS*

f) Physiothérapie et massages

Les physiothérapies pratiquées par des physiothérapeutes diplômés (y compris massages musculaires et massages du tissu conjonctif, physiothérapie lymphologique, etc.) doivent être prises en charge par les caisses-maladies lorsqu'elles ont été **prescrites par un médecin** et que

- le physiothérapeute est **employé** par un médecin ou un cabinet de physiothérapie, ou que
- le physiothérapeute **indépendant** remplit les conditions cantonales et fédérales pour obtenir l'autorisation de pratiquer à la charge des caisses-maladies.

Les caisses s'engagent à prendre en charge les frais de **neuf séances** au maximum, prescrites par un médecin; la première séance doit avoir lieu dans les cinq semaines qui suivent la date de la prescription médicale. Une nouvelle ordonnance médicale est requise pour la prise en charge de séances supplémentaires. Si les séances de physiothérapie se prolongent au-delà de 36, les caisses ne doivent les financer que sur recommandation de leur médecin-conseil.

Parmi les prestations obligatoires, on compte notamment la **gymnastique de groupe** dans la mesure où celle-ci est médicalement prescrite et où elle se déroule sous la direction d'un physiothérapeute indépendant. En sa qualité d'organisatrice de tels cours, la Ligue contre le rhumatisme ne remplit généralement pas ces conditions, si bien que les assureurs ne sont pas tenus de fournir cette prestation dans le cadre de l'assurance obligatoire. Mais plusieurs

caisses sont prêtes à contribuer à ces cours à travers l'assurance complémentaire. Le règlement de chaque caisse précise cette prise en charge éventuelle.

La participation à un **programme régulier d'exercices au sein d'un groupe de malades du cœur** dans une perspective de suivi à long terme ne relève pas des prestations obligatoires des caisses-maladies. Certaines assurances complémentaires offrent une participation aux coûts. La Fondation Suisse de Cardiologie mène régulièrement des enquêtes à ce sujet auprès des assurances-maladies et en publie les résultats sur son site www.swissheartgroups.ch.

➔ *Art. 47 OAMal; art. 5 OPAS*

En revanche, les caisses ne sont pas tenues de rembourser les prestations des **masseurs diplômés,** même s'ils sont titulaires d'une autorisation cantonale d'exercer et même s'ils fournissent leurs prestations sur ordonnance médicale. Certaines caisses prennent en charge les frais de massages dans le cadre d'assurances complémentaires.

g) Consultation diététique

Les conseils nutritionnels prodigués par des diététiciens diplômés, sur prescription ou sur mandat médical, comptent parmi les **prestations obligatoires** dans le cas de toute une série de maladies (troubles du métabolisme, maladies cardiovasculaires, adiposité et maladies consécutives au surpoids, maladies du système digestif, maladies des reins, états de malnutrition, etc.).

Pour que cette prise en charge soit assurée, les diététiciens doivent:

- être **employés** dans un cabinet médical ou dans un hôpital;
- ou exercer leur **activité** de manière **indépendante** et remplir les conditions d'admission spécifiées dans l'OAMal.

Sont également pris en charge les coûts d'une consultation diététique sur prescription médicale dispensée par une **organisation de conseil diététique** admise par le canton.

Les assureurs-maladies doivent aussi s'acquitter des frais d'une **consultation spécialisée pour le diabète,** prescrite par un médecin, et fournie par un spécialiste ou un centre de consultation autorisé par l'Association suisse du diabète. La consultation spécialisée comprend une consultation concernant la maladie (diabète sucré) et un enseignement pour sa gestion. Les centres de consultation de l'Association suisse du diabète peuvent proposer un service interdisciplinaire à charge de l'assurance-maladie obligatoire, où des diététiciens collaborent avec des spécialistes du diabète.

L'assurance obligatoire ne couvre cependant pas les **compléments alimentaires spécifiques** nécessaires lors de certaines affections organiques (en cas de troubles de la mastication et de la déglutition, d'inflammations chroniques de l'intestin, d'entérite d'irradiation, etc.). Les personnes titulaires d'une **assurance complémentaire** qui couvre les médicaments non remboursés peuvent présenter une demande de prise en charge de ce type de frais au moyen d'un formulaire spécial.

Remarque: les **prestations complémentaires** comprennent un **forfait diététique** pour certaines maladies comme la coeliakie. Ce forfait était aussi garanti aux personnes diabétiques par le passé, mais il n'est plus pris en charge, les assurances complémentaires arguant que le diabète n'engendre pas forcément d'importants coûts supplémentaires au niveau de l'alimentation.

➔ *Art. 50a et 51 OAMal; art. 9b et 9c OPAS; art. 14 LPC*

h) Logopédie

Les caisses-maladies sont tenues de prendre en charge, dans le cadre de l'assurance obligatoire, les thérapies logopédiques fournies par des logopédistes indépendants, pour autant que les conditions suivantes soient remplies:

- le traitement doit avoir lieu sur **prescription médicale;**
- le logopédiste traitant doit être titulaire d'une **autorisation de pratiquer délivrée par le canton;** de plus, il doit produire l'attestation d'une activité pratique d'une durée d'au moins deux ans dans le domaine de la logopédie clinique;
- les perturbations du langage qui sont l'objet du traitement doivent être dues à une **lésion cérébrale organique** (p.ex. à la suite d'une attaque cérébrale) ou à une **affection phoniatrique au sens étroit du terme** (p.ex. trouble de la fonction laryngienne après une opération du larynx).

Les assureurs doivent prendre en charge les frais de **douze séances** au maximum, prescrites par un médecin. Une nouvelle ordonnance est nécessaire à chaque fois pour la prise en charge de séances supplémentaires. Les caisses ne sont tenues de financer la poursuite de la thérapie au-delà de 60 heures que sur recommandation de leur médecin-conseil.

➔ *Art. 50 OAMal; art. 10 et 11 OPAS*

i) Chirurgie reconstructive

Les prestations médicales dans le domaine de la chirurgie reconstructive doivent être remboursées par les caisses

- si elles satisfont au critère du caractère économique des prestations et
- si elles sont nécessaires pour permettre à l'assuré de retrouver son intégrité physique et psychique.

La **reconstruction du sein** est une intervention que les caisses sont tenues de couvrir car elle remplit les conditions susmentionnées. Elles prennent également en charge une **réduction chirurgicale du sein resté intact** afin de supprimer l'asymétrie mammaire et de rétablir l'intégrité physique et psychique après une amputation du sein ou une mastectomie partielle médicalement indiquée.

La **correction de cicatrices,** en revanche, est remboursée uniquement dans les cas où la cicatrice dont l'assuré souhaite être débarrassé altère gravement une partie du corps normalement découverte. En cas de doute, il est recommandé de se renseigner auprès de sa caisse-maladie avant l'opération.

➔ *Annexe 1 de l'OPAS*

2. Prestations de l'AI en cas d'infirmité congénitale

L'AI prend en charge la totalité des frais de traitement ambulatoire en cas d'infirmité congénitale (voir chap. 2.1), que ce soit par un **médecin** ou du **personnel paramédical** (sur ordonnance médicale). Seules exceptions: les **thérapies logopédiques et psychomotrices.** Lorsque l'AI intervient, il n'y a **pas de participation** de l'assuré. Les fournisseurs de prestations sont dédommagés directement par l'AI, sur la base de conventions tarifaires.

Les parents d'un enfant présentant une infirmité congénitale sont **libres de choisir médecins et thérapeutes** sur l'ensemble du territoire suisse. Un traitement à l'étranger n'est remboursé que lorsque les installations nécessaires manquent en Suisse, ou que des «raisons dignes de considération» peuvent être invoquées pour un traitement à l'étranger.

L'AI ne prend en charge les frais d'un traitement que s'il est médicalement indiqué et qu'il vise un succès thérapeutique **de manière simple et appropriée.** Dans la pratique, cette condition ne pose guère de problèmes.

➔ *Art. 14 LAI; art. 2 RAI*

2.5 Médicaments

1. Prestations de l'assurance-maladie

a) Assurance obligatoire des soins

Dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins, les caisses-maladies doivent prendre en charge les médicaments qui figurent sur la **Liste des médicaments avec tarif (LMT)** dressée par le Département fédéral de l'intérieur ou sur la **Liste des spécialités** publiée par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS).

L'admission d'un médicament dans la Liste des spécialités intervient sur demande du distributeur après décision de l'OFAS, qui aura préalablement consulté la Commission fédérale des médicaments. Pour être admis, un médicament doit satisfaire à différents critères en matière **d'efficacité, d'adéquation et de coût.**

Remarque: dans des cas exceptionnels, les assureurs-maladies doivent prendre en charge un médicament ne figurant pas sur la Liste des spécialités, ou les coûts d'un médicament figurant sur la liste même si les conditions spécifiées sur celle-ci ne sont pas remplies. C'est le cas lorsque ce médicament est absolument nécessaire à un traitement pris en charge par l'assurance de base et que c'est ce médicament qui importe. C'est aussi le cas si l'on s'attend à une grande efficacité thérapeutique d'un médicament contre une maladie qui pourrait se révéler fatale ou entraîner des atteintes sévères à la santé et qu'il n'existe aucun autre médicament ou autre traitement plus efficace (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances 136 V 395). Dans ce genre de cas, l'approbation du médecin-conseil est essentielle.

Les préparations magistrales (préparations que le pharmacien confectionne tout spécialement pour les besoins spécifiques d'un patient ou en petites quantités selon l'indication du contenu fournie par l'entreprise) conçues selon les principes de l'homéopathie ou de l'anthroposophie, en revanche, doivent être remboursées par les caisses, à condition que leur préparation soit conforme aux prescriptions de la pharmacopée (HAB, PhF, HPUS, engl. hom. Ph).

Divers médicaments et substances utilisés dans le **traitement des tumeurs** n'ont pas fait l'objet d'une demande de prise en charge par les caisses-maladies ou ne remplissent pas, de l'avis de la Commission fédérale des médicaments ou de l'OFAS, toutes les conditions requises et **ne figurent donc pas** sur la Liste des spécialités. L'obligation de prendre en charge les autres médicaments est restreinte (c'est-à-dire qu'ils ne sont pris en charge que sur la base d'un certain diagnostic et à certaines conditions bien précises). Les conditions qui régissent leur remboursement figurent dans la Liste des spécialités.

L'**Iscador® et le Helixor®,** médicaments à base de gui, figurent dans la partie de la Liste des spécialités réservée à la médecine complémentaire.

Divers médicaments et substances utilisés pour le traitement des **affections pulmonaires** ne figurent pas sur la Liste des spécialités (car aucune demande d'admission n'a été déposée jusqu'ici), notamment ceux qui traitent les tuberculoses multirésistantes. L'obligation de prendre en charge les autres médicaments est restreinte (c'est-à-dire qu'ils ne sont pris en charge que sur la base d'un certain diagnostic et, pour certains, à des conditions bien précises). Le vaccin contre les pneumocoques, par exemple, est admis dans la Liste avec de telles restrictions.

La **colistine** en nébulisation est un médicament utilisé en cas de fibrose kystique, qui peut être pris en charge par les caisses sur recommandation du médecin-conseil.

La brochure de la Ligue suisse contre le rhumatisme intitulée **«Médicaments»** donne des informations simples et claires sur les médicaments fréquemment utilisés pour traiter les maladies rhumatismales et qui figurent sur la Liste des spécialités.

Avant de prescrire un médicament qui n'est pas remboursé par les caisses-maladies, le médecin doit en **informer** son patient.

La **quote-part** de 10% qui est à la charge des assurés doit aussi être payée sur le prix des médicaments (pour les franchises et le montant annuel maximal de la quote-part, voir chap. 2.4, ch. 1d). La **quote-part** s'élève à **20%,** lorsque l'assuré préfère une préparation originale alors qu'il existe une préparation générique correspondante, que celle-ci est mentionnée dans la Liste des spécialités, avec des prix maximaux inférieurs d'au moins 20% aux prix de la préparation originale, et que le médecin n'a pas expressément prescrite l'originale pour des raisons médicales.

Remarque: la Liste des spécialités mise à jour peut être consultée sur Internet à l'adresse suivante: www.bag.admin.ch/kv/gesetze/sl/f/index.htm.

➔ *Art. 25, al. 2b, et art. 52 LAMal; art. 63 à 75 OAMal; art. 29 à 38a OPAS; Liste des spécialités*

b) Assurances complémentaires

Tant les caisses-maladies que les assureurs privés proposent des assurances complémentaires pour la prise en charge (selon les règlements) d'une partie ou de la totalité des frais des médicaments ne figurant pas sur la Liste des spécialités. En règle générale, les assurances ne paient toutefois là aussi que les médicaments prescrits par un médecin. Les personnes qui ont conclu une telle assurance complémentaire devront donc étudier soigneusement le **règlement** pour connaître les prestations fournies ainsi que les conditions auxquelles est liée la couverture d'assurance (voir aussi le chap. 2.3).

2. Prestations de l'AI en cas d'infirmité congénitale

L'AI prend en charge les **médicaments et les spécialités pharmaceutiques** prescrits par un médecin dans le cadre du traitement d'une infirmité congénitale (voir chap. 2.1), lorsqu'ils sont scientifiquement reconnus et qu'ils visent une réadaptation de manière simple et adéquate.

Ces conditions sont valables pour tous les médicaments qui figurent dans la **Liste des médicaments** et la **Liste des spécialités,** références pour l'assurance-maladie. Les limitations de quantité prévues dans la Liste des spécialités n'ont pas à être appliquées pour l'AI. Il y a pourtant lieu d'observer les limitations à certaines indications. Les **médicaments homéopathiques et anthroposophiques** sont entièrement pris en charge par l'AI.

L'AI peut prendre en charge un médicament enregistré par Swissmedic, **mais qui ne figure pas dans les listes citées ci-dessus,** pour autant qu'il ne puisse pas être sans autre remplacé par une préparation y figurant. La prise en charge, dans ces cas, intervient en accord avec le service médical régional de l'AI.

L'AI prend en charge l'intégralité des frais (l'assuré ne paie pas de participation).

Remarque: lorsqu'une personne souffrant d'une infirmité congénitale atteint l'âge de 20 ans, l'AI ne couvre plus les traitements médicaux, qui passent désormais à la charge de l'assurance-maladie selon l'OAMal. L'OFAS a élaboré à cet effet une **Liste des médicaments concernant les infirmités congénitales (LMIC),** à la charge de l'assurance obligatoire des soins pour autant qu'ils aient été couverts par l'AI auparavant.

➔ *Art. 4bis RAI; art. 52, al. 2 LAMal; art. 35 OAMal; Liste des médicaments concernant les infirmités congénitales*

2.6 Traitement dentaire

1. Prestations de l'assurance-maladie

a) Assurance obligatoire des soins

Les assurances-maladies n'ont l'obligation légale de prendre en charge les soins dentaires que si la loi le prévoit expressément. Les caisses-maladies sont aujourd'hui tenues de rembourser les traitements suivants:

- Les soins rendus nécessaires par une **maladie** grave et non évitable **du système de la mastication.** Le Département fédéral de l'intérieur a énuméré ces maladies dans une liste exhaustive qui fait partie intégrante de l'OPAS.

Y figurent notamment aussi les «tumeurs bénignes des maxillaires et des muqueuses et les modifications pseudotumorales», les «tumeurs malignes de la face, des maxillaires et du cou», ainsi que les «maladies de l'appareil de soutien de la dent lorsqu'elles résultent des effets secondaires irréversibles de médicaments». Le Tribunal fédéral des assurances a confirmé qu'une parodontose peut être consécutive à une chimiothérapie (ATF 127 V 339). Selon les cas, il demeure cependant difficile de prouver la relation de cause à effet entre une radiothérapie ou une chimiothérapie et la parodontose issue de ce type de traitement. Afin d'éviter toute discussion, les patients seraient bien inspirés de demander à leur dentiste de consigner l'état de leur denture avant le début de la thérapie.

L'**arthrose de l'articulation temporo-maxillaire** et les **ostéopathies des maxillaires** sont des maladies non évitables du système de mastication prises en charge par l'assurance obligatoire.

- Les soins rendus nécessaires par une **autre maladie grave ou ses séquelles** ou indispensables pour le traitement d'une maladie grave ou de ses séquelles. Ces maladies font elles aussi l'objet d'une liste exhaustive figurant dans l'OPAS.

Ces autres maladies graves comprennent notamment les maladies du système sanguin, telles que la leucémie ainsi que les affections des glandes salivaires.

La «polyarthrite chronique avec atteinte des maxillaires», la «spondylarthrite ankylosante avec atteinte des maxillaires», l'«arthrite psoriatique avec atteinte des maxillaires», le «syndrome de Papillon-Lefèvre» et la «sclérodermie» sont de graves maladies générales qui figurent parmi les prestations de l'assurance obligatoire.

- Les traitements dentaires nécessaires pour **faciliter et garantir** le bon déroulement d'un traitement médical en cas de radiothérapie ou de chimiothérapie d'une pathologie maligne, de remplacement d'une valve d'implantation d'une prothèse vasculaire et d'un shunt intracrânien, d'endocardite, ainsi que de syndrome d'apnée du sommeil. Si l'extraction préalable d'une ou de plusieurs dents s'avère indispensable, la caisse-maladie est également tenue de rembourser la confection ultérieure d'une prothèse dentaire.
- Le traitement de lésions du système de la mastication causées par un **accident.** Cette disposition s'applique dans le cas des personnes non couvertes par l'assurance-accidents obligatoire au sens de la LAA.
- Le traitement **d'infirmités congénitales,** dans la mesure où il n'est pas pris en charge par l'AI (p.ex. dans le cas de personnes qui ne remplissent pas les conditions de l'AI ou qui ont 20 ans révolus); les différentes infirmités congénitales admises sont énumérées dans l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS).

Les assurés qui bénéficient de ce type de soins dentaires doivent prendre à leur charge une quote-part de 10%. Pour les franchises et le montant annuel maximal de la quote-part, voir le chap. 2.4, ch. 1d.

➔ *Art. 31 LAMal; art. 42 et 43 OAMal; art. 17 à 19 OPAS*

b) Assurances complémentaires

La majeure partie des soins dentaires continuent à ne pas être remboursés par l'assurance obligatoire des soins. Tant les caisses-maladies que les assureurs privés proposent donc des assurances complémentaires pour la prise en charge d'une partie (selon les règlements) des frais des soins dentaires. Certaines caisses proposent même à leurs assurés des **assurances spéciales pour les soins dentaires.** Nous recommandons aux personnes qui ont conclu une telle assurance complémentaire d'étudier soigneusement le **règlement** qui s'applique pour savoir quelles prestations sont fournies et à quelles conditions (cf. aussi le chap. 2.3).

2. Prestations de l'AI en cas d'infirmité congénitale

Lorsqu'un traitement dentaire est nécessaire dans le cadre du traitement d'une infirmité congénitale, l'AI prend en charge l'intégralité des frais **(pas de quote-part!).**

2.7 Traitement hospitalier

1. Prestations de l'assurance-maladie

a) Principe

Dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins, les caisses-maladies sont tenues de prendre en charge les coûts du séjour en **division commune** d'un **hôpital,** à condition

- qu'il s'agisse d'un **hôpital admis** à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins;
- que l'**état de santé** de la personne assurée **rende nécessaire un séjour en milieu hospitalier** et
- que le traitement soit **efficace, approprié et économique.**

➔ *Art. 25, al. 2e, et art. 32 LAMal*

b) Hôpitaux reconnus

Pour être admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins, les hôpitaux doivent garantir une assistance médicale suffisante, disposer du personnel qualifié nécessaire et posséder des équipements médicaux adéquats.

En outre, les hôpitaux doivent être intégrés à la planification établie par un ou par plusieurs cantons afin de couvrir les besoins en soins hospitaliers, et figurer sur la **liste cantonale** fixant les catégories d'**hôpitaux** en fonction de leurs mandats.

➔ *Art. 39 LAMal*

c) Choix de l'hôpital

Les assurés peuvent en principe choisir librement parmi les hôpitaux de Suisse pour autant que ceux-ci figurent sur la liste des hôpitaux du canton de domicile ou celle du canton dans lequel l'hôpital est situé. Les caisses-maladies et le canton de domicile sont tenus de prendre en charge les coûts du séjour, à hauteur de 45% et 55%, que l'hôpital soit public ou privé,

jusqu'à concurrence du **tarif** appliqué dans le **canton où réside** l'assuré. Si le tarif de cet hôpital est plus élevé, c'est à la personne assurée de payer la différence. Est réservée la couverture de tels coûts dans le cadre d'une assurance complémentaire.

Si un assuré doit se faire soigner dans un hôpital d'un autre canton pour des **raisons médicales impératives** (urgence ou impossibilité de traitement dans le canton de résidence), la caisse-maladie et le canton de domicile devront prendre à leur charge la totalité de la facture de cet hôpital, au tarif en vigueur dans cet autre canton.

Pour les prestations obligatoires en cas d'**hospitalisation à l'étranger,** voir chap. 2.2, ch. 3c.

➔ *Art. 41 et 49a LAMal*

d) Nécessité d'un traitement hospitalier

Les caisses-maladies ne sont tenues de prendre en charge un traitement dans un hôpital que si l'état de santé de l'assuré **exige un séjour en milieu hospitalier.** L'intensité du traitement médical nécessaire n'est pas le seul critère déterminant lorsqu'il s'agit de juger de la nécessité d'un traitement hospitalier. Il faut aussi se demander si, compte tenu de son âge et de sa situation personnelle, l'assuré pourrait recevoir à domicile les soins et la surveillance nécessaires.

Les caisses-maladies contestent fréquemment la nécessité d'un traitement hospitalier lorsqu'il s'agit d'un séjour de **réhabilitation.** Dans ces cas, le rapport du médecin traitant, qui doit justifier la nécessité du traitement hospitalier (sous forme d'un programme thérapeutique intensif et complet en milieu hospitalier), a une importance décisive: s'il prescrit simplement un séjour de convalescence ou une balnéothérapie, il est très peu probable que la caisse-maladie participe aux frais au titre de l'assurance obligatoire des soins. Une réadaptation stationnaire n'est prise en charge qu'après une expertise préalable par la caisse-maladie et sur recommandation expresse du médecin-conseil.

e) Efficacité, adéquation et caractère économique des prestations

Le séjour dans un hôpital doit lui aussi satisfaire aux critères de l'efficacité, de l'adéquation et du caractère économique des prestations. Si, par exemple, un séjour hospitalier devait avoir été décidé avant tout pour permettre l'administration d'un médicament déterminé qui n'est pas considéré comme efficace par la majorité des médecins et qui ne figure pas sur la Liste des spécialités, la caisse-maladie ne serait pas tenue de rembourser les frais de cette hospitalisation dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins. Les assurés qui n'auraient pas conclu une assurance complémentaire pour ce genre d'hospitalisation devront donc en supporter les coûts eux-mêmes.

f) Durée des prestations

Depuis le 1er janvier 2012, le remboursement du séjour à l'hôpital ne se fait plus en fonction de la durée de celui-ci, mais sur la base d'un **forfait par cas pour les prestations fournies** (DRG/GHM). Les hôpitaux ont donc intérêt à abréger au maximum le séjour et à renvoyer leurs patients aussi vite que possible. Si une personne qui n'a plus besoin de traitement, de soins ou de réadaptation médicale reste néanmoins à l'hôpital, sa caisse-maladie limitera sa contribution à celle prévue pour un **établissement médico-social,** laquelle ne couvre qu'une partie des frais de séjour.

➔ *Art. 49 et 50 LAMal*

g) Frais des accompagnants

Dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins, les caisses-maladies ne sont pas tenues de prendre en charge les frais de **nourriture** et d'**hébergement** des personnes qui accompagnent le patient. Si ces frais sont facturés par l'hôpital, ils sont à la charge des accompagnants eux-mêmes. Dans les cas où le patient a conclu une assurance complémentaire, il reste à voir si les frais de ce type peuvent être couverts par cette dernière. Les dispositions du règlement de la caisse-maladie sont alors déterminantes. Certains hôpitaux possèdent un fonds social qui peut aider les personnes se trouvant dans une situation difficile à supporter ce genre de coûts.

h) Participation aux frais

La participation aux frais (**franchise, quote-part;** voir chap. 2.4, ch. 1d) est la même pour les traitements hospitaliers que pour les traitements ambulatoires.

De plus, toutes les personnes hospitalisées doivent contribuer aux frais de leur séjour hospitalier à raison de **15 francs par jour** (en compensation des économies qu'elles réalisent en étant nourries par l'hôpital). Exceptions: les enfants, les jeunes adultes en formation, et les femmes qui reçoivent des prestations liées à une maternité.

➔ *Art. 103 et 104 OAMal*

i) Rééducation dans un établissement et cures balnéaires

Les coûts d'une rééducation dans un établissement ad hoc ne sont pris en charge qu'après **accord préalable particulier de l'assurance** et **autorisation expresse du médecin-conseil.** En règle générale, l'autorisation n'est accordée que si une rééducation ambulatoire n'est pas possible et que certaines autres conditions soient remplies.

Les coûts d'une réadaptation pulmonaire dans un établissement ad hoc doivent être pris en charge par les assurances-maladies dans les cas de maladie chronique grave des poumons. Le déroulement du programme, le personnel et l'infrastructure doivent correspondre au profil d'exigence de la «Commission réadaptation pulmonaire et enseignement des patients» de la Société suisse de pneumologie. Les coûts de réadaptation sont pris en charge une fois par an au maximum.

Les caisses-maladies sont devenues plus réticentes à accorder des garanties de prise en charge en cas de **réhabilitation stationnaire à répétition** pour les personnes à mobilité réduite. En règle générale, elles ne sont prêtes à le faire que si, entre temps, un traitement physiothérapeutique ambulatoire a été effectué sans résultats suffisants, ou s'il peut être prouvé de manière convaincante qu'une telle thérapie ambulatoire n'est pas envisageable dans le cas concret.

Les coûts d'une réadaptation cardiaque dans un établissement ad hoc doivent être pris en charge par les assurances, si certains critères (p.ex. un risque cardiaque augmenté, une moindre prestation du myocarde, une comorbidité) s'opposent à une réadaptation ambulatoire. Un groupe d'experts formé de représentants des médecins-conseils et des cardiologues ont établi un catalogue de critères délimitant traitement ambulatoire et traitement en milieu hospitalier. La réadaptation doit correspondre au profil d'exigence du Groupe suisse de travail de la réadaptation cardiovasculaire (GSRC).

Pour les cures balnéaires qui sont prescrites par un médecin et qui sont suivies dans un établissement de cure reconnu, les caisses-maladies versent une **participation** de 10 francs par jour pour une durée maximale de 21 jours par année. Elles remboursent en outre les frais des **traitements** dispensés par des médecins ou des physiothérapeutes reconnus.

Étant donné que la participation des caisses-maladies aux frais de cure est très modeste, les assurés qui, durant leur cure, **logent dans l'établissement de cure lui-même** auront intérêt à faire indemniser leur séjour comme une **hospitalisation ou comme un séjour de rééducation.** Il faut toutefois pour cela que le médecin traitant justifie de façon convaincante la nécessité d'un traitement hospitalier ou d'une rééducation en milieu hospitalier.

➔ *Art. 25, al. 2c LAMal; art. 33 s. OAMal; art. 25 OPAS*

k) Assurances complémentaires pour frais d'hospitalisation

Les prestations de l'assurance obligatoire des soins étant limitées à plusieurs égards, tant les caisses-maladies que les assureurs privés proposent des assurances complémentaires pour frais d'hospitalisation. Sont déterminants les **règlements** de la caisse-maladie ou de l'assureur privé. Pour ce qui est de la **conclusion** de telles assurances complémentaires, voir chap. 2.3, ch. 1.

Les assurances complémentaires pour frais d'hospitalisation permettent de couvrir par exemple les frais suivants (pour les détails, se reporter aux règlements):

- les frais de traitement en **division commune** dans toute la Suisse, y compris les forfaits pour le logement et la nourriture (cette assurance complémentaire n'a plus autant d'importance qu'autrefois, en raison du nouveau système de financement des hôpitaux);
- les frais de traitement en **division privée ou semi-privée** d'un hôpital en Suisse;
- les frais de traitement dans un **hôpital à l'étranger.**

La conclusion d'assurances complémentaires est recommandée aux personnes qui envisagent de se faire soigner dans une clinique privée d'un autre canton (p.ex. la clinique Lukas à Arlesheim).

Remarque: il est conseillé, **avant** de se faire hospitaliser en division privée ou semi-privée, dans une clinique privée ou dans un hôpital d'un autre canton, de demander à sa caisse-maladie une **attestation écrite** confirmant la prise en charge de tous les frais d'hospitalisation, que ce soit par l'assurance de base ou par les assurances complémentaires (ou, le cas échéant, une attestation faisant état du montant jusqu'à concurrence duquel la caisse est disposée à assurer la prise en charge). Cette précaution permet d'éviter les surprises désagréables. Sans garantie de couverture des frais, la plupart des cliniques privées refusent d'ailleurs l'admission des patients ou exigent un dépôt de garantie élevé.

2. Prestations de l'AI en cas d'infirmité congénitale

a) Principe

L'AI prend en charge l'intégralité des frais de traitement dans un établissement hospitalier en cas d'infirmité congénitale (voir chap. 2.1). Il n'y a **pas de participation aux frais** de l'assuré. Les établissements hospitaliers sont remboursés directement par l'AI, sur la base de conventions tarifaires.

➔ *Art. 14 LAI; art. 2 RAI*

b) Frais des accompagnants

L'AI ne fournit pas de prestations pour le **logement** et la **nourriture** des parents ou d'autres proches accompagnant un enfant (ces frais sont facturés séparément par les hôpitaux).

Si ces frais sont trop élevés pour leur capacité financière, les parents peuvent faire appel à l'éventuel **fonds de solidarité** de l'hôpital.

c) Choix de l'établissement hospitalier

L'assuré a le **libre choix** parmi les établissements hospitaliers **suisses** appropriés à ses besoins. Mais seuls les frais de traitement correspondant au tarif en **division commune** sont pris en charge.

À l'étranger, l'AI ne prend en charge qu'exceptionnellement les frais de traitement en établissement hospitalier: quand il n'y a pas d'équivalent en Suisse, lors d'un traitement d'urgence à l'étranger ou lorsque le traitement est entrepris à l'étranger pour des raisons «dignes de considération». Dans ce dernier cas, l'AI ne prend en charge que l'équivalent du coût d'un traitement similaire en Suisse.

d) Soins à l'hôpital ou à domicile?

Le séjour en établissement hospitalier **n'est pas pris en charge** par l'AI lorsque le traitement pourrait tout aussi bien être entrepris de manière ambulatoire. Dans les cas douteux, l'AI tient cependant compte de la proposition du médecin traitant et de la situation personnelle de l'enfant.

e) Cures

Les cures indispensables, dans un **établissement de cure** à direction médicale, équipé des installations médicales nécessaires et doté d'un personnel infirmier suffisamment formé, sont remboursées par l'AI comme un traitement hospitalier.

Si l'**hébergement** est assuré **à l'extérieur** de l'établissement de cure (hôtel, maison de vacances), l'AI alloue une contribution journalière de 19 francs pour la nourriture et de 37.50 francs pour le gîte. Les frais de séjour pour les personnes accompagnantes ne sont pas remboursés. En revanche, les frais de traitement (traitement ambulatoire) sont remboursés en sus.

➔ *Art. 3ter et art. 90, al. 4 RAI*

2.8 Frais de voyage et de transport

1. Prestations de l'assurance-maladie

a) Assurance-maladie obligatoire

Dans le cadre de l'assurance-maladie obligatoire (de base), les caisses-maladies ne sont tenues qu'à une **contribution** modeste **représentant 50%** des coûts de transport d'un malade, **transport nécessaire pour des raisons médicales,** et cette contribution se limite à 500 francs par an. Elle est octroyée seulement si l'état du patient ne permet pas l'utilisation d'un moyen de transport public ou privé et s'il faut recourir à une entreprise de transport de malades autorisée par le droit cantonal. Le transfert d'un hôpital dans un autre établissement ne relève pas de cette disposition. Il est pris en charge par les caisses-maladies dans le cadre des tarifs hospitaliers forfaitaires et ne fait pas l'objet d'une facture séparée.

Une réglementation analogue s'applique à d'éventuels **coûts de sauvetage;** le montant maximal du sauvetage étant fixé à 5000 francs par an.

➔ *Art 25, al. 2g LAMal; art. 56 OAMal; art. 26 et 27 OPAS*

b) Assurances complémentaires

Certaines caisses-maladies ou assurances privées prennent à leur charge, dans le cadre d'assurances complémentaires (p.ex. assurance hospitalisation complémentaire), les coûts de sauvetage, de transport d'urgence, de transport de retour à la maison ou autres déplacements justifiés d'un point de vue médical, qui ne sont pas couverts. Selon la formule réglementaire, ces coûts sont entièrement couverts ou partiellement, à concurrence d'une somme maximale annuelle.

En règle générale, il n'est pas obligatoire de payer le rapatriement d'**étrangers gravement malades:** mais il est possible à ces derniers de présenter une demande de contribution à bien plaire.

2. Prestations de l'AI

a) Principe

L'AI rembourse les frais de voyage et de transport occasionnés par le traitement médical d'une **infirmité congénitale.** Elle les prend également en charge, exceptionnellement, lors de la couverture du traitement médical d'autres affections.

Pour les **traitements ambulatoires,** les frais de voyage correspondent aux frais du trajet pour se rendre chez «l'agent de traitement» compétent le plus proche (médecin, hôpital, thérapeute).

En cas de **traitement** de longue durée **en milieu hospitalier,** l'AI rembourse un **voyage** par semaine pour l'enfant ou, quand ce n'est pas possible, les frais de voyage pour une visite de proches tous les trois jours.

b) Montant de la prise en charge

L'AI rembourse une somme correspondant au tarif des **transports en commun,** si l'utilisation de ceux-ci est possible et raisonnable. Sinon, elle prend en charge les frais de transport effectifs, par ambulance, taxi ou voiture particulière (dans ce dernier cas, 45 ct. par kilomètre).

Les frais de transport de la **personne qui doit** nécessairement **accompagner** l'invalide sont également remboursés.

➔ *Art. 51 LAI; art. 90 RAI*

2.9 Prévention

1. Prestations de l'assurance-maladie

a) Définition

On parle de mesures de prévention lorsqu'un traitement est entrepris à titre préventif bien qu'aucune maladie n'ait été diagnostiquée chez la personne concernée. La vaccination de larges franges de la population est l'exemple-type d'une mesure de prévention.

Il en va autrement si, par exemple, une personne a déjà contracté une maladie et qu'une thérapie est entreprise à titre préventif pour empêcher le développement de cette maladie. Dans ce cas, les mesures prises relèvent déjà du traitement médical et ne font plus partie de la prévention.

b) Assurance obligatoire des soins

Les caisses-maladies prennent en charge les coûts de certains examens destinés à détecter à temps les maladies ainsi que des mesures préventives en faveur d'assurés particulièrement menacés. Cette obligation s'applique à condition que les examens soient entrepris ou prescrits par un médecin. On citera pour exemple la **vaccination annuelle contre la grippe (influenza)** des personnes présentant un risque élevé de complications, qui est financée par l'assurance-maladie de base.

Voici les mesures préventives dont les frais sont pris en charge:

- **Examen gynécologique,** y compris le frottis vaginal de dépistage du cancer (un examen par année les deux premières années; puis, lorsque les résultats sont normaux, un examen tous les trois ans).
- **Vaccin contre le virus du papillome humain (VPH)** chez les jeunes femmes de moins de 26 ans, pour autant que le vaccin s'inscrive dans un programme cantonal de vaccination.

- **Consultation génétique,** détermination de l'indication pour des analyses génétiques et exécution des analyses de laboratoire appropriées en cas de suspicion de prédisposition à un cancer héréditaire (dans les cas de suspicion de prédisposition à un cancer héréditaire du sein ou de l'ovaire, polypose colique, de cancer colorectal héréditaire et de rétinoblastome).
- **Coloscopie** en cas de cancer du côlon familial et une fois tous les dix ans entre 50 et 69 ans, s'il n'y a pas d'antécédent familial.
- **Examen de la peau** en cas de risque élevé de mélanome familial.
- **Mammographie digitale, IRM mammaire** chez les femmes présentant un risque familial moyen ou accru de cancer du sein ou un risque individuel comparable (classification du risque conformément au document de référence «Évaluation du risque» de l'Office fédéral de la santé publique [OFSP]).
- **Mammographie de dépistage:** tous les deux ans dès l'âge de 50 ans, pour autant qu'elle soit réalisée dans le cadre d'un programme de dépistage du cancer du sein.

Par contre, aucune prise en charge n'est prévue pour les bronchoscopies de dépistage de carcinomes bronchiques, en particulier chez les fumeurs.

Ne sont couverts ni les frais de **cours de désaccoutumance pour les fumeurs,** ni les substituts à la nicotine et autres substances médicamenteuses d'appui (p.ex. Champix, Zyban). Les caisses-maladies ne fournissent aucune prestation non plus dans le cadre des examens sanitaires à la frontière (dont le coût est pris en charge par la Confédération) ni dans celui des **analyses du milieu** ambiant effectuées par les ligues en cas de diagnostic de tuberculose (partiellement financées par les cantons). Le **vaccin BCG** figure sur la liste des prestations obligatoires des caisses-maladies.

→ *Art. 26 LAMal; art. 12 et 12e OPAS*

c) Assurances complémentaires

Certaines caisses-maladies et assurances privées couvrent d'autres frais au titre de la prévention (p.ex. cours de fitness) dans le cadre d'assurances complémentaires. Ces prestations sont régies par le règlement de chaque assurance.

2. Prestations de l'AI

L'AI ne fournit aucune prestation individuelle au titre de la prévention.

3. Soins ambulatoires (soins à domicile)

3.1 Prestations de l'assurance-maladie

3.2 Allocation pour impotent de l'AI et de l'AVS

3.3 Prestations supplémentaires de l'AI pour les mineurs

3.4 Contributions d'assistance

3.5 Prestations complémentaires et soins ambulatoires

3.1 Prestations de l'assurance-maladie

1. Assurance obligatoire des soins

Dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins, les caisses-maladies sont tenues d'apporter une contribution aux frais des soins prescrits ou ordonnés par un médecin et effectués ou dispensés par un personnel soignant spécialisé ou par une organisation de soins et d'aide à domicile.

a) Prestations obligatoires

Dans l'OPAS, le Département fédéral de l'intérieur a dressé une liste des mesures obligatoirement prises en charge par les caisses-maladies. On y trouve

- les mesures d'**évaluation, de conseil et de coordination,** notamment l'évaluation des besoins du patient, la planification des soins, les conseils aux patients en ce qui concerne l'administration de médicaments et l'emploi d'appareils médicaux ainsi que les contrôles nécessaires;
- les mesures **diagnostiques** et **thérapeutiques,** notamment le contrôle du pouls, de la tension artérielle et de la température, les mesures thérapeutiques pour la respiration (p.ex. administration d'oxygène, inhalations, exercices respiratoires ou aspiration), la préparation et l'administration de médicaments, les mesures en cas de maladies psychiques, comme le recours à des stratégies de dépassement, l'initiation à la gestion de la peur, de l'agression et des hallucinations, ainsi que le soutien dans les situations de crise;
- les mesures relevant des **soins de base,** comme refaire le lit du patient, l'installer, lui faire faire des exercices, prévenir les escarres, aider aux soins d'hygiène corporelle et buccale, aider le patient à s'habiller et à se déshabiller ainsi qu'à manger et à boire. Entrent aussi dans cette catégorie les soins de base en cas de maladies psychiatriques ou psychogériatriques.

L'**aide ménagère,** par contre, ne fait pas partie des prestations obligatoires, bien qu'il ne soit pas toujours facile de la distinguer des soins de base. Les organisations de soins à domicile ont d'ailleurs, parfois, de la peine à définir une limite stricte.

Depuis le 1er janvier 2011, la **contribution** des caisses-maladies **au financement des soins infirmiers** est limitée. Elle se monte à 79.80 francs par heure pour les explications et les conseils, à 65.40 francs pour les examens et les traitements, et à 54.60 francs pour les soins de base.

La question de savoir si les **personnes qui nécessitent des soins** doivent assumer elles-mêmes une **part des coûts,** en sus de leur franchise et de leur quote-part, a été réglée de différentes manières selon les cantons. Là où cette participation aux coûts est prévue, le montant pour des soins ambulatoires ne doit pas excéder 15.95 francs par jour. Le surplus est pris en charge par les cantons et les communes.

Une réglementation spéciale s'applique aux **soins aigus et transitoires** dispensés après la sortie de l'hôpital. Dans la mesure où ces soins ont été prescrits par les médecins de l'hôpital, ils doivent être pris en charge par le canton de domicile et la caisse-maladie selon la même clé de répartition qui s'applique au financement du séjour hospitalier (soit 55% et 45%) et ce, pendant deux semaines au plus.

➔ *Art. 7 OPAS*

b) Fournisseurs de prestations admis

Est autorisé à fournir des prestations à la charge des caisses-maladies le **personnel soignant** spécialisé qui peut produire une attestation prouvant une activité pratique d'au moins deux ans et qui est titulaire d'une autorisation de pratiquer délivrée par le canton. **Les organisations de soins et d'aide à domicile** peuvent elles aussi fournir des prestations qui sont remboursées dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins, à condition d'être admises par le canton et de disposer du personnel spécialisé nécessaire ayant une formation qui corresponde au domaine d'activité. En autorisant ce type d'organisations à pratiquer sur leur territoire, les cantons remplissent une fonction capitale en matière de politique de la santé.

Les ligues pulmonaires cantonales sont reconnues comme fournisseurs de prestations dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins. Elles ont conclu des conventions avec tarifsuisse sa et avec le Groupe HSK (Helsana-Sanitas-KPT)

- pour la remise d'appareils d'aspiration, d'inhalation et de thérapie respiratoire (sur la base des groupes de produits LiMA 01.02, 14.10, 14.11 et 14.12) ainsi que
- pour d'autres mesures d'explication et de conseils y relatives, ainsi que pour des mesures liées à l'examen et au traitement conformément à l'art. 7 OPAS.

L'assurance-obligatoire ne couvre pas les pédicures qui s'occupent des soins des pieds chez les personnes diabétiques, sauf s'ils sont employés par une organisation reconnue de soins à domicile ou s'il s'agit de professionnels reconnus en tant qu'indépendants et autorisés par le canton.

➔ *Art. 46, 49 et 51 OAMal*

c) Prescription médicale

Dans le domaine des soins à domicile, les caisses-maladies sont tenues de prendre en charge uniquement les prestations fournies sur prescription médicale. Celle-ci doit se fonder sur une **évaluation des besoins** et sur une planification commune des mesures nécessaires, cette planification prévoyant notamment la durée du traitement.

Mandat médical et prescription médicale sont en général **limités dans le temps,** mais peuvent être renouvelés. Leur validité est toutefois **illimitée** pour les personnes au bénéfice d'une allocation pour impotence de degré moyen ou grave, pour autant que l'allocation ne soit pas révisée.

Lorsque les soins prévus dépassent 60 heures par trimestre, la prescription médicale pourra être examinée par un service de contrôle du partenaire tarifaire cantonal.

Remarque: lorsque les soins prévus sont importants, il arrive fréquemment que les caisses-maladies limitent leurs prestations à un certain nombre d'heures par trimestre, même si le besoin de soins a été prouvé. Cet usage ne se fonde pas toujours sur la loi ou sur les conventions tarifaires en vigueur. Il est donc utile, dans chaque cas particulier, de requérir un avis juridique.

➔ *Art. 8 et 8a OPAS*

d) Réduction des prestations

Les caisses-maladies peuvent réduire leurs prestations pour cause de surindemnisation lorsque la personne assurée reçoit une **allocation pour impotent** et qu'elle n'est pas en mesure de prouver qu'elle assume des frais de soins ou d'assistance en sus des coûts pris en charge par la caisse-maladie. Dans un arrêt (ATF 125 V 297), le Tribunal fédéral des assurances a toutefois précisé que seule une partie de l'allocation pour impotent peut être prise en considération dans le calcul de la surindemnisation.

2. Assurances complémentaires

Dans ce domaine, chaque caisse a établi ses propres règles, que l'on retrouve dans le règlement de la caisse en question. Souvent, les prestations de soins ambulatoires sont, du moins pour une certaine durée, remboursées sous la forme de contributions journalières forfaitaires versées dans le cadre d'**assurances complémentaires pour frais d'hospitalisation.**

Il arrive aussi que les caisses se déclarent disposées à fournir aux assurés ayant conclu des assurances complémentaires des **prestations volontaires** allant au-delà des prestations réglementaires lorsque cela permet **d'éviter ou d'abréger une hospitalisation** qui est en principe indiquée. Il est recommandé de prendre contact avec sa caisse-maladie le plus rapidement possible (soit avant de quitter l'hôpital) pour chercher à obtenir des engagements de sa part à ce propos.

3.2 Allocation pour impotent de l'AI et de l'AVS

1. Prestations de l'AI

a) Principe

La couverture (partielle) des frais de **soins de base** pour les personnes handicapées est assurée par l'AI grâce à l'allocation pour impotent.

Cette prestation est garantie **indépendamment** de l'existence d'une infirmité congénitale.

Le droit à ces prestations ne commence cependant que lorsque le besoin d'une aide d'autrui s'est prolongé **pendant un an au moins, sans interruption notable.**

➔ *Art. 42 à 42ter LAI; art. 35 à 39 RAI*

b) Montants

À l'heure actuelle, les montants des allocations pour impotence sont les suivants:

- **allocation pour une impotence de faible degré:**
  470 francs par mois (pour les mineurs: 15.70 francs par jour);
- **allocation pour une impotence moyenne:**
  1175 francs par mois (pour les mineurs: 39.20 francs par jour);
- **allocation pour une impotence grave:**
  1880 francs par mois (pour les mineurs: 62.70 francs par jour).

L'assuré n'a **pas droit à l'allocation pour impotent** lorsqu'il séjourne dans un centre de réadaptation aux frais de l'AI ou dans un établissement hospitalier aux frais de l'assurance sociale. Toutefois, dans le cas d'hospitalisation d'un assuré adulte, une réduction de l'allocation n'intervient que si l'hospitalisation dure un mois entier.

Un montant équivalant au **quart de l'allocation pour impotent** est versé aux personnes qui séjournent dans un home ou une institution médicalisée. Les montants de l'allocation pour impotent sont de 118 francs, 294 francs ou 470 francs, selon le degré de l'impotence.

Pour les mineurs, hébergés dans un home, il n'existe plus d'allocation pour impotent depuis le 1er janvier 2012.

c) Évaluation

Le degré d'impotence varie en fonction de la nécessité de l'aide régulière d'autrui pour effectuer les actes ordinaires de la vie suivants:

- se lever, s'asseoir, se coucher;
- s'habiller, se déshabiller;
- se laver;
- faire ses besoins;
- manger;
- avoir des contacts avec son entourage.

L'**impotence est faible** si l'assuré a besoin de façon régulière et importante, de l'aide d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie, ou qu'il lui faut une surveillance personnelle permanente ou un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie.

L'**impotence est moyenne** si l'assuré a besoin d'une aide régulière d'autrui pour accomplir au moins quatre de ces actes ordinaires de la vie, ou s'il a besoin d'une aide régulière d'autrui pour accomplir au moins deux de ces actes et qu'il nécessite, en outre, une surveillance personnelle permanente ou un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie.

L'**impotence est grave** si l'assuré a besoin d'une aide régulière d'autrui pour tous les actes ordinaires de la vie.

Pour les enfants jusqu'à 7 ans environ, n'est pris en considération que le surcroît de disponibilité réclamé par l'invalidité.

➔ *Art. 37 et 38 RAI*

2. Prestations de l'AVS

L'AVS accorde l'allocation d'impotence selon les mêmes critères que l'AI. Depuis le 1er janvier 2011, l'AVS verse également une allocation pour impotence de degré faible mais uniquement aux personnes qui ne résident pas dans un home. Par ailleurs, les montants des allocations versées par l'AVS (que la personne impotente vive dans un home ou à la maison) sont **inférieurs de moitié,** c'est-à-dire que l'allocation pour impotent se monte à 235 francs par mois en cas d'impotence faible, à 588 francs par mois en cas d'impotence moyenne et à 940 francs par mois en cas d'impotence grave.

Pour ce qui est des personnes qui reçoivent une allocation entière pour impotence (470, 1175 ou 1880 francs) parce qu'elles ne séjournent pas dans un home, elles peuvent continuer à la toucher à l'âge de l'AVS, aussi longtemps qu'elles n'entrent pas dans un home.

➔ *Art. 43bis à 43ter LAVS; art. 66quater LAVS*

3.3 Prestations supplémentaires de l'AI pour les mineurs

1. Soins à domicile par du personnel soignant spécialisé

En cas d'infirmité congénitale (voir chap. 2.1), l'AI prend entièrement en charge les **soins (traitements) prodigués par du personnel soignant spécialisé et par les organisations d'aide et de soins à domicile reconnues,** pour autant qu'ils soient prescrits par un médecin et ne puissent être dispensés par des membres de la famille, pour des raisons médicales (cf. à ce propos ATF 136 V 209).

Remarque: le Tribunal fédéral a décidé que l'assurance-maladie devait intervenir à titre subsidiaire pour la prise en charge des soins dispensés par les services de soins à domicile si les conditions de cette prise en charge par l'AI ne sont pas remplies (arrêt du Tribunal fédéral 9C_886/2010 du 10 juin 2011).

2. Supplément pour soins intenses

En plus de l'allocation ordinaire, l'AI verse un supplément pour soins intenses dans le cas de mineurs impotents qui logent chez eux (autrement dit ni dans un home ni dans une famille d'accueil). Cette allocation est due lorsque le temps nécessaire au traitement et aux soins de base découlant de l'invalidité est de quatre heures par jour au moins.

Les montants de l'allocation pour soins intenses s'élèvent à:

- 15.70 francs par jour lorsque le besoin de soins est, en moyenne, de 4 heures au moins;
- 31.30 francs par jour lorsque le besoin de soins est, en moyenne, de 6 heures au moins;
- 47.00 francs par jour lorsque le besoin de soins est, en moyenne, de 8 heures au moins.

Lorsqu'un mineur a besoin, en plus, d'une surveillance permanente, celle-ci équivaut à un besoin de soins de 2 heures; elle équivaut à un besoin de 4 heures lorsque la surveillance doit être particulièrement intense.

➔ *Art. 42ter LAI; art. 36 et 39 RAI*

3.4 Contribution d'assistance

1. Conditions préalables

Depuis le 1er janvier 2012, les **bénéficiaires d'une allocation de l'AI** pour impotence qui ne vivent pas en institution peuvent prétendre à une contribution d'assistance qui leur permet de mener une vie qu'elles ont elles-mêmes organisée. La contribution d'assistance est toutefois versée uniquement si son bénéficiaire a engagé une personne pour l'assister, sur la base d'un **contrat de travail.**

Les **personnes** majeures **dont la capacité d'action est limitée** n'ont droit à cette contribution d'assistance que si elles ont leur propre ménage ou effectuent une formation professionnelle sur le marché du travail régulier ou y exercent une activité rémunérée pendant au moins dix heures par semaine.

Les mineurs qui bénéficient d'une allocation d'impotence peuvent prétendre à une contribution d'assistance uniquement s'ils fréquentent l'école dans une classe normale, effectuent une formation professionnelle sur le marché du travail régulier ou y exercent une activité rémunérée. En outre, les jeunes lourdement handicapés qui reçoivent un **supplément journalier pour soins intenses** nécessités par leur handicap (pendant plus de six heures par jour) peuvent également prétendre à une contribution d'assistance. S'ils la reçoivent, leur droit reste réservé quand ils atteignent l'âge de la majorité.

2. Montant de la contribution

Le montant de la contribution dépend du **besoin régulier d'une aide** dans tous les domaines de la vie: accomplissement des gestes de la vie quotidienne, tenue du ménage, participation à la vie sociale, organisation des loisirs, éducation et garde des enfants, exercice d'une activité d'intérêt public ou honorifique, formation professionnelle ou complément de formation, exercice d'une activité rémunérée (mais seulement sur le marché du travail régulier), surveillance de jour et de nuit. Dans l'OAMal figurent toutefois des taux maximaux pour les besoins-

horaires dans les différents domaines, lesquels dépendent du montant de l'allocation pour impotence.

Du besoin-horaire d'assistance **est déduit** le temps déjà indemnisé par l'AI (allocation d'impotence, supplément pour soins intenses, prestations de tiers en lieu et place d'un moyen d'aide) ou par l'assurance-maladie (soins dispensés par du personnel spécialisé ou des services d'aide et de soins à domicile).

Le tarif de la contribution d'assistance s'élève à **32.90 francs de l'heure.** Il doit couvrir le salaire des personnes assistantes, les contributions de l'employeur et l'indemnité de vacances. Il est payé mensuellement sur la base des factures présentées. L'assistance prêtée par une personne mariée avec l'assuré ou en partenariat enregistré (pacsée), ou ayant un lien de parenté direct, ou vivant avec lui une **communauté de vie effective,** ne fait **pas l'objet d'un dédommagement.** Les personnes assistantes doivent donc être engagées en-dehors de ce cercle-là.

D'un mois à l'autre, le montant d'assistance mensuel calculé par l'office de l'AI peut être **dépassé de 50%** pour autant que le montant annuel calculé par ce même office ne soit pas dépassé. Un besoin plus important peut donc être couvert à court terme.

➔ *Art. 42quater à 42octies LAI; art. 39a à 39j RAI*

3.5 Prestations complémentaires et soins ambulatoires

1. Conditions générales

a) Droit au paiement des frais

Le bénéficiaire de **prestations complémentaires annuelles** (voir chap. 7.4) a droit au remboursement des frais liés à la maladie ou à l'invalidité dans le cadre des prestations complémentaires. Il conservera les factures qui lui parviennent et les transmettra périodiquement au service compétent pour le versement des prestations complémentaires.

Une personne qui ne touche pas de prestations complémentaires pour la seule raison que son revenu déterminant est supérieur aux dépenses prises en considération, conservera également les factures qui lui parviennent pour les remettre au service compétent: lorsqu'une partie du total des factures dépasse l'excédent de revenu, la différence lui sera remboursée.

Exemple:	Excédent de revenu	2000 francs
	Frais pris en considération	6000 francs
	Remboursement au titre des prestations complémentaires	4000 francs

➔ *Art. 14, al. 6 LPC*

b) Remboursement maximal

Voici les montants maximaux qui peuvent être remboursés par année civile sur les frais liés à la maladie ou à l'invalidité et qui s'ajoutent aux prestations complémentaires annuelles (et sont indépendants du montant de celles-ci):

- Célibataires, veufs ou veuves, époux de personnes vivant dans un home — 25 000 francs
- Couples — 50 000 francs

Pour les bénéficiaires d'une allocation pour une impotence moyenne ou grave qui nécessitent des soins importants en raison de leur handicap, les montants maximaux ont été relevés comme suit:

- Bénéficiaires d'une allocation pour impotence moyenne 60 000 francs
- Bénéficiaires d'une allocation pour impotence grave 90 000 francs

Le montant fixé augmente encore pour les couples dont les deux époux souffrent d'une impotence moyenne ou grave.

L'augmentation n'est toutefois valable que pour les personnes devenues impotentes avant d'atteindre l'âge de la retraite (garantie des acquis lors du passage à la retraite).

➔ *Art. 14, al. 2 à 5 LPC*

2. Frais à prendre en considération

Les frais d'aide et de soins à domicile dans le cadre des prestations complémentaires étaient réglés auparavant par le droit fédéral. Cependant, depuis 2008, suite à la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons **(RPT),** il appartient aux **cantons** de fixer en détail les coûts pris en compte dans le domaine de l'aide, des soins et de l'encadrement à domicile, frais devant être remboursés par les prestations complémentaires. Une grande partie des cantons ont largement repris la réglementation fédérale. Il conviendra toutefois de s'assurer dans chaque cas que telle est bien la situation dans le canton considéré.

a) Soins ambulatoires et aide ménagère par des services publics ou d'utilité publique

Les frais d'aide dispensés par des services publics ou reconnus d'utilité publique (services de soins aux malades et d'aide ménagère) sont pris en considération dans tous les cantons, s'ils ne sont pas remboursés par un autre biais (par la caisse-maladie p.ex.). Dans la plupart des

cantons, ces frais sont aussi pris en considération lorsque, outre les traitements ou les soins, une aide ménagère est apportée.

b) Soins ambulatoires et aide ménagère par des tiers privés

Il faut généralement distinguer le **traitement et les soins** d'une part, et l'**aide ménagère** d'autre part:

- Les **frais** qu'entraîne l'engagement d'**une personne chargée des soins** sont pris en considération, en règle générale, seulement pour les bénéficiaires d'une allocation d'impotence de **degré moyen ou grave.** Il faut en plus qu'ils ne soient pas couverts par un autre biais et, souvent, qu'un service désigné par le canton a constaté que les soins ne peuvent pas être dispensés par une organisation reconnue de soins à domicile.
- Les **frais d'une aide ménagère requise en raison de l'invalidité** sont remboursés jusqu'à concurrence d'un montant plafonné (à 4800 francs par an dans la plupart des cantons). Un montant fixé par le canton par heure facturée peut être octroyé.

c) Soins ambulatoires et aide ménagère par des membres de la famille

Pour cela également, il faut distinguer les **soins** et l'**aide ménagère:**

- Une indemnité versée aux membres de la famille qui s'occupent des **soins** n'entre pratiquement en ligne de compte que si ces derniers peuvent prouver que cette prestation entraîne pour eux une **diminution sensible et durable du revenu** de leur activité lucrative. Si tel est le cas, le montant maximal qui pourra être remboursé est celui de la perte de gain. Aucune indemnité n'est prévue pour les membres de la famille qui sont englobés dans le calcul de la prestation complémentaire, ou qui touchent déjà une rente de vieillesse.
- Les frais de l'aide ménagère apportée par les membres de la famille sont pris en considération dans la plupart des cantons jusqu'à un maximum de 4800 francs par an, mais seulement si cette aide est fournie par une personne ne faisant pas ménage commun avec l'assuré.

4. Moyens auxiliaires et moyens de traitement

4.1 Moyens de traitement

4.2 Moyens auxiliaires: les prestations en bref

4.3 Moyens auxiliaires en détail

4.1 Moyens de traitement

1. Définition

Par «moyens de traitement» on entend tous les moyens qui servent directement au traitement d'une affection. Une nouvelle terminologie, plus générique, s'est imposée dans la législation sur les assurances sociales: il y est question de **«moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques».**

Il n'est pas toujours facile de **faire la distinction entre moyens de traitement et moyens auxiliaires** (les moyens auxiliaires remplacent une fonction corporelle perdue). Certains moyens servent en effet tant au remplacement de la fonction corporelle perdue qu'au traitement de l'affection. Les béquilles sont un exemple qui illustre parfaitement cette difficulté.

Il faut aussi distinguer entre moyens de traitement et **moyens destinés à faciliter les soins.** Ceux-ci ne servent en effet ni à guérir une affection, ni à en éviter l'aggravation.

Les **implants** (endoprothèses, stimulateurs cardiaques, etc.) sont assimilés aux moyens de traitement.

2. Prestations de l'assurance-maladie

a) Assurance obligatoire des soins

Dans le cadre de l'**assurance obligatoire des soins,** les caisses-maladies sont tenues de prendre en charge les «moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques» énumérés dans l'**annexe 2 de l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins.** Cette annexe contient une liste exhaustive des moyens et appareils classés par groupes de produits (**LiMA**). On y trouve pour chaque moyen et appareil le montant maximal qui est remboursé. Si le prix facturé pour un article excède le montant maximal indiqué dans la liste, la différence doit être supportée par l'assuré.

Les assureurs peuvent décider d'admettre comme service de distribution de moyens et d'appareils uniquement les prestataires avec lesquels ils ont conclu une convention. Les caisses-maladies s'efforcent de passer de telles conventions surtout pour les moyens et appareils relativement coûteux.

Des conventions existent entre la Ligue pulmonaire suisse et tarifsuisse sa ou le Groupe HSK en ce qui concerne la remise d'appareils d'aspiration, d'inhalation et de thérapie respiratoire. Ces conventions fixent les conditions générales de prise en charge des moyens et appareils par l'assurance obligatoire des soins (en complément de la LiMA) et précisent les tarifs des différentes prestations.

Les **implants,** eux, ne figurent pas dans l'annexe. À condition que le traitement en question soit considéré comme efficace, approprié et économique, les caisses-maladies prennent en charge les implants dans le cadre des conventions tarifaires conclues avec les médecins et les hôpitaux.

Les assurés sont tenus de **participer aux frais** des «moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques» au même titre qu'aux frais de traitement (voir plus particulièrement le chap. 2.4, ch. 1d).

Exemples

- **Pompes à perfusion:** la chimiothérapie ambulatoire au moyen de pompes à perfusion compte parmi les prestations obligatoires. Les caisses-maladies doivent prendre en charge les frais de location des pompes à perfusion (jusqu'à concurrence d'un montant journalier maximal indiqué dans la LiMA) ainsi que les coûts du matériel auxiliaire.

- **Accessoires thérapeutiques pour laryngectomisés:** cf. pompes aspirantes pour les voies respiratoires.
- **Matériel de stomathérapie:** les assureurs-maladies sont tenus de couvrir, jusqu'à concurrence de 6300 francs par année, les coûts du matériel pour les soins de colostomie ou d'urostomie, et jusqu'à concurrence de 5400 francs par année pour les soins d'iléostomie ou de fistule. Dans certains cas particuliers, médicalement fondés, il peut être déposé une demande de remboursement plus élevé.
- **Implantation de prothèses du sein:** les prothèses mammaires sont remboursées par les caisses-maladies dans le cadre de la reconstruction opératoire de l'intégrité physique et psychique des patientes après une ablation du sein.
- **Bas médicaux de contention** (au maximum deux paires par an): dans le cas de stases lymphatiques et de syndromes douloureux des membres inférieurs, de tels bas sont pris en charge par les caisses-maladies jusqu'à concurrence du montant maximal indiqué dans la LiMA. Les bandages de compression sur mesure sont remboursés selon le tarif de l'ASTO.

- **Pompes aspirantes pour les voies respiratoires** (conçues aussi comme accessoires thérapeutiques pour les laryngectomisés): canules, accessoires et protections pour trachéostomes (avec échangeurs de chaleur et d'humidité, HME) figurent parmi les prestations obligatoires. Il en va de même pour l'achat d'un humidificateur d'air et pour la location d'un aspirateur trachéal, y compris un forfait mensuel pour le matériel d'utilisation nécessaire.
- **Systèmes d'aspiration pour épanchement pleural et ascite:** depuis le 1er janvier 2012, ces systèmes sont pris en charge pour les patients souffrant d'épanchements chroniques dans la cavité thoracique ou abdominale, et au début du traitement à la maison, un forfait pour instruction initiale est également payé.
- **Appareils d'inhalation:** les caisses-maladies prennent en charge soit l'achat d'un nouvel appareil (y compris les accessoires et les frais d'entretien), mais au maximum une fois tous les cinq ans, soit les frais de location d'un tel appareil (location minimale de 30 jours).

Depuis le 1er janvier 2010, l'achat d'un appareil aérosol à technologie mesh complet y compris nébuliseur d'origine correspondant est également pris en charge. Restriction: seulement pour les personnes atteintes de fibrose kystique, dont les pseudomonas aeruginosa sont positifs, et l'appareil doit être prescrit par un centre FC reconnu. Depuis le 1er janvier 2012 figure sur la liste l'appareil, à acheter ou à louer à forfait, équipé de la technologie FAVORITE à commande électronique. Restriction: uniquement pour le traitement des fibroses kystiques, des inflammations pulmonaires bactérielles chroniques ou de l'asthme sévère. Ces appareils doivent être prescrits par un spécialiste en pneumologie, par un centre pulmonaire ou un centre FC. À compter du 1er janvier 2016, les chambres à expansion pour aérosol-doseur (sprays) sont également remboursées, modèles spéciaux pour les enfants âgés de moins de cinq ans et pour les plus de cinq ans.

- **Appareils IPPB: les rares cas à ce jour où ces appareils sont indiqués sont ceux où l'usage d'un aérosol habituel ne permet pas d'obtenir le résultat désiré.** Les caisses prennent en charge la location de tels appareils (y compris un humidificateur d'air à titre d'accessoire) lorsque leur utilisation est prescrite par le médecin.
- **Appareils de thérapie respiratoire:** les coûts du simple appareil de poche PEP pour améliorer la mobilisation des sécrétions sont remboursés. Depuis le 1er janvier 2012, l'achat ou la location pendant trois mois au plus des appareils plus coûteux avec **rejet contrôlé de CO_2 à l'expiration** pour améliorer la fonction et la capacité pulmonaires sont remboursés. Pour cela, aussi, il faut une prescription par un spécialiste en pneumologie et l'autorisation du médecin-conseil de l'assurance.
- **Appareil portable de mesure de la respiration:** depuis le 1er janvier 2013, les assurances-maladies prennent en charge l'achat, l'entretien et le matériel d'utilisation pour les patients ayant subi une transplantation des poumons.
- **Appareils d'oxygénothérapie à long terme:** la condition qui détermine le remboursement d'une thérapie à long terme est en général un «diagnostic confirmé de maladie chronique des poumons ou des voies respiratoires avec hypo-oxygénation prolongée», prouvé par les analyses sanguines, selon les directives de la Société suisse de pneumologie (Forum Médical Suisse, pp. 87–90). La prise en charge ne devient cependant effective

qu'après l'obtention préalable d'une garantie spéciale de l'assureur-maladie, d'une part, et avec l'autorisation expresse du médecin-conseil, d'autre part. Une autre condition impérative est l'indication et la prescription par un pneumologue ou pédiatre spécialisé en pneumologie sur la base de certains résultats précis d'analyse. Les frais ne sont pris en charge que pour une durée de 12 mois au maximum, après laquelle le pneumologue doit déposer une nouvelle demande, en renouvelant la justification et la prescription. Sont financés les frais d'achat ou de location d'un **concentrateur d'oxygène,** ainsi qu'un forfait pour les frais d'installation au départ; de plus, dès le 1er janvier 2016, les frais d'entretien y compris les pièces de rechange – à partir de la deuxième année en cas d'achat d'un concentrateur. Les patients mobiles ont aussi droit à un forfait mensuel pour de l'**oxygène liquide** contenu dans un flacon fixe et un flacon transportable, à condition que cette source d'approvisionnement est indiquée lorsqu'une activité régulière, quotidienne oblige le patient à passer tous les jours plusieurs heures hors de son domicile. En cas de mobilité sporadique, il est possible de combiner – à titre de solution plus avantageuse – **un concentrateur d'oxygène** et un petit **flacon transportable avec du gaz sous pression,** généralement doté d'une soupape pour économiser l'oxygène. Cinq recharges au maximum sont fournies mensuellement. L'autre solution consiste à utiliser un **concentrateur d'oxygène avec système de remplissage** pour des bouteilles à gaz sous pression, dont la location est prise en charge par les compagnies d'assurance. Ce système exige toutefois des compétences particulières de l'utilisateur et doit préalablement être expliqué. Le choix d'un tel système d'oxygène sous pression est toutefois un choix dépassé et peu économique en tant que source unique, raison pour laquelle les frais qu'il entraîne ne sont plus pris en charge par les assureurs-maladies.

- Une **oxygénothérapie à court terme,** par exemple à titre palliatif pour une maladie au stade terminal, peut être prescrite par n'importe quel médecin, sans approbation préalable, du coût occasionné. La prise en charge de la location du **concentrateur d'oxygène** ou du **système d'oxygène liquide** est limitée à trois mois. En cas d'utilisation pour une période plus longue, motivée médicalement, un examen du coût par l'assureur est nécessaire. En cas d'utilisation de **flacons de gaz sous pression,** la prise en charge se limite à cinq remplissages par mois; pour une durée de traitement plus longue (plus d'un mois), il faut

faire une demande préalable à l'assurance-maladie, motivée médicalement, pour poursuivre la thérapie.

- **Appareils nCPAP:** le prix d'achat des appareils qui ne sont pas dotés d'un système de compensation de la pression et d'enregistrement des données est pris en charge par les caisses si leur utilisation est indiquée. Il est également possible de louer les appareils dotés d'un système de compensation de la pression et d'enregistrement des données (aPAP). En cas d'achat, il est possible, pour les deux systèmes, de faire une demande pour un nouvel appareil tous les cinq ans.
- **Appareils pour la ventilation mécanique à domicile:** le coût de la location ou de l'achat d'appareils de respiration (technique à deux niveaux de pression ou équipés d'un régulateur de durée et de volume) compte parmi les prestations obligatoires, mais c'est actuellement la SVK (Fédération suisse pour tâches communes des assureurs-maladies) qui prend en charge le décompte et la coordination pour la plupart des assurances-maladies. Les directives de la Société suisse de pneumologie règlent la pratique en matière d'indications et de prescription (Forum Médical Suisse 2010, pp. 445–447).
- **Housse anti-acariens pour matelas:** les frais pour ces housses ne sont plus pris en charge par l'assurance obligatoire depuis le 1er janvier 2006.

- **Pompes à insuline:** lorsqu'une insulinothérapie est indiquée avec pompe par infusion (voir chap. 2.4, ch. 1b), les caisses-maladies doivent assumer les frais de location de ce système.
- **Appareils de mesure du taux de sucre:** les caisses-maladies doivent prendre en charge, pour toutes les personnes diabétiques (insulino-dépendantes ou non) les frais d'un tel appareil (y compris l'appareil pourvu d'un dispositif intégré de prélèvement). Les personnes diabétiques aveugles ou fortement handicapées dans leur vision ont droit au remboursement d'un appareil de mesure du taux de sucre équipé d'un système vocal.
- **Bandelettes de test:** les caisses-maladies doivent aussi rembourser les bandelettes nécessaires pour effectuer les tests de glycémie, en tant que supports réactifs pour indiquer et évaluer le taux de sucre, avec l'appareil, ainsi que le matériel adéquat (lancettes pour les

dispositifs de prélèvement et tampons d'alcool). Le nombre de bandelettes de test est limité à 400 bandelettes par an pour les diabétiques qui ne sont pas insulino-dépendants.

- Les caisses-maladies doivent aussi, à certaines conditions, prendre en charge les appareils de **mesure continue du sucre dans le sang (CGM)** chez les patients qui utilisent, ou non, une pompe à insuline. Il doit s'agir d'une hypoglycémie grave de degré II ou III ou d'une forme sévère du diabète de Brittle, ayant déjà nécessité une consultation en urgence et/ou une hospitalisation, la valeur HbA1C doit être de 8% au moins et la prescription doit être faite par un spécialiste en endocrinologie ou diabétologie. Les prestations comprennent l'achat ou la location du système de surveillance du glucose et l'achat de senseurs de glucose.

Les coûts de location d'un **défibrillateur portable** doivent être pris en charge par les assurances-maladies pour certaines indications (p.ex. comme mesure transitoire avant une opération ou en présence d'un risque élevé d'arrêt cardiaque subit. En cas d'utilisation pendant plus de 90 jours, une autorisation de la caisse-maladie, fondée sur la justification par un médecin, est exigible.

➔ *Art. 25, al. 2b LAMal; art. 55 OAMal; art. 20 à 24 OPAS; annexe 2 de l'OPAS (LiMA)*

b) Assurances complémentaires

Si les frais d'acquisition ou de location d'un appareil diagnostique ou thérapeutique ne sont pas (ou pas entièrement) couverts par l'assurance obligatoire des soins, l'assuré qui a conclu une assurance complémentaire devra se renseigner pour savoir si ces frais ne sont pas couverts par cette dernière. Tout dépendra, le cas échéant, du **règlement applicable.**

3. Prestations de l'AI en cas d'infirmité congénitale

Si des appareils thérapeutiques doivent être utilisés dans le cadre d'un traitement médical remboursé par l'AI, les frais résultant de cette utilisation sont entièrement **à la charge de l'AI.** Cela vaut également pour les implants. Dans les deux cas, les moyens de traitement sont remboursés uniquement s'ils ont été **prescrits par un médecin.**

L'assuré n'a droit qu'à des moyens de traitement **«d'un modèle simple et adéquat».** Il n'existe toutefois pas de limites fixes comme dans le cadre de l'assurance-maladie. Les appareils qui, par leur nature, peuvent par la suite servir à d'autres personnes, sont remis **en prêt.** Dans les autres cas, les appareils sont remis en propriété. Les appareils qui ne seront vraisemblablement utilisés que peu de temps devront, si possible, être loués. L'AI prend alors à sa charge les **frais de location.**

4.2 Moyens auxiliaires: les prestations en bref

1. Définition

Les moyens auxiliaires sont destinés à **remplacer les fonctions corporelles perdues.** Ils doivent permettre à la personne atteinte de développer son autonomie personnelle, d'établir des contacts avec son entourage, de se déplacer, d'étudier, de se former et d'exercer une activité professionnelle.

La distinction avec les **moyens de traitement** est parfois difficile à faire (moyen de traitement: moyen qui sert directement au traitement d'une affection), certains moyens servant à la fois au traitement et au remplacement des fonctions corporelles perdues.

Ne sont pas considérés comme des moyens auxiliaires:

- les implants proprement dits, comme par exemple les endoprothèses, même si celles-ci remplacent une fonction corporelle perdue;
- les moyens destinés à alléger le traitement comme par exemple les élévateurs pour les lits de soins (voir la possibilité d'une prise en charge dans le cadre des prestations complémentaires).

Certaines adaptations architecturales, bien que n'étant pas des moyens auxiliaires au sens étroit, sont assimilées aux moyens auxiliaires par l'AI (rampes, monte-rampes d'escalier, élargissement de portes notamment).

2. Prestations de l'AI

a) Principe

Le droit aux moyens auxiliaires de l'AI découle de l'Ordonnance concernant la remise de moyens auxiliaires par l'assurance-invalidité (OMAI) et de la **liste des moyens auxiliaires** en annexe. Celle-ci détaille les moyens auxiliaires qui sont fournis et à quelles conditions.

Ont droit aux moyens auxiliaires de l'AI les personnes qui **n'ont pas atteint l'âge de l'AVS (65/64 ans).** Pour les personnes à l'AVS, voir ch. 3.

Remarque: les personnes qui ont opté pour une retraite anticipée (possible à partir de 63 ans pour les hommes et de 62 ans pour les femmes) n'ont plus droit aux moyens auxiliaires de l'AI (sauf si ce droit a pris naissance auparavant, c'est ce que l'on appelle la garantie des droits acquis).

La remise de moyens auxiliaires par l'AI **n'est pas liée** à la prise en charge par l'AI du **traitement médical** d'une affection. Seules exceptions: les frais de lunettes, de verres de contact, de prothèses dentaires et de supports plantaires ne sont couverts par l'assurance que si celle-ci prend également en charge le traitement médical correspondant.

➔ *Art. 21 et 21bis LAI; Ordonnance concernant la remise de moyens auxiliaires par l'assurance-invalidité (OMAI)*

b) Forme de la remise

Les moyens auxiliaires coûtant plus de 400 francs et qui pourraient servir à d'autres personnes sont, en règle générale, **remis en prêt.** Tous les autres moyens auxiliaires sont **remis en propriété.**

L'AI peut également verser à l'assuré un **montant forfaitaire** lui permettant d'acquérir un moyen auxiliaire.

Si l'assuré fait lui-même l'acquisition d'un moyen auxiliaire, il a droit au **remboursement des dépenses** qui auraient incombé à l'assurance si elle l'avait acquis elle-même (le remboursement peut prendre la forme d'amortissements annuels, par exemple pour un véhicule à moteur).

➔ *Art. 3, 3bis et 8 OMAI*

c) Simplicité et adéquation des moyens auxiliaires

L'assuré n'a en principe droit qu'à des moyens auxiliaires d'un modèle simple et adéquat. Il doit payer les frais supplémentaires d'un autre modèle. L'AI ne finance en outre que les moyens auxiliaires présentant le rapport qualité-prix optimal.

Le DFI a fixé des **montants maximaux** pour la prise en charge des frais pour un certain nombre de moyens auxiliaires. Dans des cas particuliers, il est possible de demander à l'AI de verser une indemnité plus élevée en apportant la preuve que le montant fixé ne suffit pas pour obtenir un moyen auxiliaire adéquat. Ce qui précède n'est cependant pas autorisé si l'ordonnance prévoit une **rémunération forfaitaire.**

➔ *Art. 2 OMAI*

d) Frais accessoires

Si l'utilisation du moyen auxiliaire implique un **entraînement particulier** de l'invalide, l'AI en assume les frais. Exemple: adaptation à une prothèse.

L'AI prend aussi à sa charge les **frais de réparation,** d'adaptation (pour les prothèses p.ex.), le remplacement de pièces détachées.

L'AI alloue un montant de 485 francs par année au maximum pour les **frais d'entretien et d'utilisation.** Elle ne couvre toutefois pas les frais d'utilisation et d'entretien d'un véhicule à moteur.

➔ *Art. 7 OMAI*

e) Services d'un tiers

L'assuré a droit au remboursement des frais liés à l'invalidité causés par les services d'un tiers dont il a besoin, en **remplacement d'un moyen auxiliaire,** pour les activités suivantes:

- aller à son travail (p.ex.: remboursement des frais de taxi au lieu de la remise d'un véhicule à moteur);
- exercer une activité lucrative (p.ex.: lecture à un aveugle de textes nécessaires à sa profession au lieu de la remise d'un appareil de lecture).

Le remboursement des services d'un tiers par l'AI doit respecter certaines **limites.** Il ne doit ainsi pas dépasser le revenu mensuel brut de l'activité lucrative de l'assuré et s'élève au maximum à 1763 francs par mois.

➔ *Art. 9 OMAI*

f) Étrangers

Les moyens auxiliaires ne sont remis à des étrangers que s'ils étaient assurés à l'AI, donc domiciliés en Suisse au moment où le besoin d'un moyen auxiliaire s'est fait objectivement sentir **pour la première fois (clause d'assurance).**

En outre, les ressortissants de pays qui **n'ont pas conclu de convention de sécurité sociale** avec la Suisse doivent avoir, à ce moment-là, cotisé un an à l'AVS/AI ou avoir séjourné dix ans en Suisse. Ce délai d'attente est levé ou fixé à un an pour les ressortissants de pays **ayant signé une convention de sécurité sociale** avec la Suisse (ces pays sont énumérés au chap. 7.2, ch. 4a).

Selon l'Accord sur la libre circulation des personnes, passé entre la Suisse et l'Union européenne, la clause d'assurance n'est toutefois plus opposable aux **ressortissants des États de l'Union européenne et de l'AELE** ayant élu domicile en Suisse. Ceux-ci bénéficient du droit à la remise de moyens auxiliaires au même titre que les citoyens suisses.

➔ *Art. 6, al. 2 LAI*

3. Prestations de l'AVS

a) Principe

Les bénéficiaires d'une rente de vieillesse domiciliés en Suisse qui bénéficiaient de **moyens auxiliaires de l'AI** avant d'atteindre l'âge de l'AVS continuent d'avoir droit à ces prestations, dans la même mesure, tant que les conditions d'octroi sont remplies.

Pour les personnes qui ont besoin d'un moyen auxiliaire **pour la première fois à l'âge de l'AVS,** leurs droits sont définis dans l'Ordonnance concernant la remise de moyens auxiliaires par l'assurance-vieillesse (OMAV) et la liste des moyens auxiliaires publiée en annexe de l'ordonnance.

➔ *Art. 43ter LAVS; OMAV*

b) Les moyens auxiliaires en détail

La **liste annexe de l'OMAV** comprend quatre catégories de moyens auxiliaires: chaussures orthopédiques, moyens auxiliaires pour les affections crâniennes et de la face (épithèses faciales, perruques, appareils acoustiques, appareils orthophoniques), fauteuils roulants et lunettes-loupes. L'annexe définit en détail les conditions de remise de ces moyens auxiliaires et les différents délais avant leur remplacement. L'AVS ne prend en charge que les 75% des coûts des moyens auxiliaires, la participation de l'assuré étant de 25%.

4. Remise de moyens auxiliaires dans le cadre des prestations complémentaires

Voici les personnes qui ont droit à la remise de moyens auxiliaires dans le cadre des prestations complémentaires:

- les bénéficiaires de prestations complémentaires annuelles;
- les personnes qui ne touchent pas de prestations complémentaires pour la seule raison que leur revenu déterminant est supérieur aux dépenses reconnues: des moyens auxiliaires leur seront remis si leurs coûts dépassent le montant de leur excédent de revenu.

Depuis le 1er janvier 2008 (entrée en vigueur de la **RPT**), il appartient aux **cantons** de fixer de cas en cas quels sont les **moyens auxiliaires, appareils de traitement et de soins** qui doivent être remboursés par les prestations complémentaires. Les cantons décident également si les moyens auxiliaires et les appareils de traitement sont remis à titre de prêt ou de propriété et si les frais d'entraînement, de réparations, d'adaptation et d'entretien sont remboursés.

➔ *Art. 14 LPC*

5. Prestations de l'assurance-maladie

La prise en charge de moyens auxiliaires ne fait normalement **pas** partie des prestations que les caisses-maladies sont tenues de fournir dans le cadre de l'**assurance obligatoire des soins.** La liste des «moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques» qui doivent être pris en charge par les caisses-maladies (annexe 2 de l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins) contient toutefois aussi certains moyens auxiliaires: béquilles, orthèses, prothèses des extrémités, exoprothèses du sein, prothèses de l'œil, ainsi que les verres de lunettes et les lentilles de contact, p.ex. Les caisses-maladies ne sont tenues de rembourser ces moyens auxiliaires que lorsqu'ils ne sont pas à la charge de l'assurance-invalidité.

Depuis le 1er janvier 2011, l'assurance-maladie ne doit plus rembourser une partie des coûts de **lunettes correctrices ou de lentilles de contact** que dans des cas particuliers (p.ex. en cas de modifications de la réfraction dues à une maladie, ou de cataracte, ou de diabète, ou d'atteintes à la macula, ou de lésions des muscles oculaires, ou encore d'amblyopie). Pour les mineurs, en revanche, les lunettes entrent à nouveau, depuis le 1er juillet 2012, dans le catalogue des prestations de l'assurance-maladie obligatoire. La contribution varie entre 180 et 630 francs selon le type d'affection ophtalmique.

Diverses caisses contribuent aux frais de tels moyens auxiliaires dans le cadre des assurances complémentaires: les personnes qui ont conclu une telle **assurance complémentaire** ont donc tout intérêt à en étudier soigneusement le **règlement.**

➔ *Annexe 2 de l'OPAS (MiGel)*

4.3 Moyens auxiliaires en détail

1. Prothèses

a) Prothèses définitives pour le pied, la jambe, la main ou le bras

Ces prothèses sont prises en charge par l'**AI,** y compris les accessoires indispensables (comme p.ex. les bas pour prothèses) et les modifications nécessaires de l'habillement. La remise se fait en un exemplaire, un deuxième pouvant être remis, si la nécessité en est prouvée.

La **caisse-maladie** prend en charge les prothèses du pied, de la jambe, de la main ou du bras pour les personnes ne bénéficiant pas de prestations de l'AI. Dans ce cas, 10% des frais sont à la charge de l'assuré.

b) Exoprothèses définitives du sein

Ces prothèses sont financées par l'**AI** dans les limites suivantes: un montant maximal de 500 francs (900 francs en cas d'opération double) **par an** est pris en charge. Les valeurs suivantes servent au calcul de la participation: 400 francs pour la prothèse, 100 francs pour les accessoires nécessaires. Les offices de l'AI décident si une patiente peut demander le versement anticipé des contributions, mais au maximum pour les trois années à venir, pour acquérir une prothèse coûteuse (en caoutchouc). Le Tribunal fédéral a également décidé qu'il existait un droit à une prothèse partielle du sein si un traitement n'avait pas eu pour conséquence une ablation complète du sein mais une réduction visible à l'œil nu du volume de celui-ci (Arrêt du 17 janvier 2011; 137 V 13). Pour les endoprothèses du sein, voir chap. 4.1, ch. 2a.

La **caisse-maladie** verse une contribution de 360 francs par côté et par an pour une exoprothèse du sein aux personnes ne bénéficiant pas de prestations de l'AI. Dans ce cas, 10% des frais sont à la charge de l'assurée. La caisse-maladie rembourse désormais 90 francs supplémentaires par an pour les accessoires et pour les soutiens-gorges spéciaux que nécessite une exoprothèse définitive.

c) Prothèses de l'œil

L'**AI** rembourse les prothèses de l'œil en verre jusqu'à concurrence de 648 francs, ainsi que les prothèses de l'œil en matière synthétique jusqu'à concurrence de 2008 francs.

Pour les personnes ne pouvant pas bénéficier des prestations de l'AI, les frais doivent être pris en charge par la **caisse-maladie** (à concurrence de 580 francs). Dans ce cas, 10% de ces frais sont à la charge de l'assuré.

d) Épithèses faciales

L'**AI** prend en charge les éléments modelés individuellement destinés à couvrir les défauts faciaux ou à remplacer des parties manquantes du visage, comme les pavillons auriculaires artificiels, les nez artificiels, les prothèses de remplacement du maxillaire, les épithèses de l'œil ou les plaques palatines.

Les **prothèses du maxillaire** amovibles sans opération ou modification sont entièrement prises en charge par l'AI après l'ablation chirurgicale de l'os maxillaire supérieur et inférieur.

L'**AVS** rembourse également les épithèses faciales (contribution aux frais: 75%).

2. Perruques

Les perruques sont prises en charge par l'**AI** lorsque la chute des cheveux a été provoquée par une grave atteinte à la santé ou son traitement, p.ex. une radiothérapie ou une chimiothérapie.

L'assuré peut choisir le **nombre** et le **modèle** de perruques qu'il souhaite acheter, mais l'AI ne rembourse qu'un **montant maximal** de 1500 francs par année civile, qui comprend également la teinture, le nettoyage et les réparations. Selon les circonstances, d'autres solutions de remplacement des cheveux peuvent être remboursées dans les limites de ce montant (hair-weaving p.ex.). L'AI rembourse aussi les frais pour l'achat de foulards à la place d'une perruque.

L'**AVS** rembourse également les frais de perruques, mais jusqu'à un maximum de 1000 francs par année.

3. Corsets (orthèses du tronc)

L'**AI** prend en charge les frais de corsets orthopédiques, s'il existe une insuffisance fonctionnelle de la colonne vertébrale se traduisant par d'importantes douleurs dorsales ainsi que par des altérations de la colonne vertébrale révélées par l'examen clinique et radiologique, et si cette insuffisance ne peut pas être palliée suffisamment par d'autres mesures médicales.

La caisse-maladie rembourse les orthèses du tronc aux personnes ne bénéficiant pas de prestations de l'AI. Dans ce cas, 10% des frais sont à la charge de l'assuré.

4. Appareils orthophoniques

L'**AI** remet en propriété les appareils orthophoniques sur ordonnance médicale, après **opération du larynx.** L'entraînement à l'emploi de ces appareils et les réparations sont à la charge de l'AI.

L'**AVS** prend aussi en charge les appareils orthophoniques (contribution de 75%), mais pas les frais de réparations, d'entretien et d'entraînement. La remise d'un nouvel appareil ne peut intervenir qu'après cinq ans au plus tôt.

5. Fauteuils roulants

a) Fauteuils roulants sans moteur

L'**AI** remet de tels fauteuils roulants à des personnes dont la mobilité est réduite. Elle prend en charge les aménagements que requiert l'infirmité et finance les accessoires nécessaires. En règle générale, l'AI ne finance qu'un fauteuil roulant. Un deuxième peut cependant être remis à la personne handicapée quand il est d'une nécessité absolue.

L'**AVS** finance aussi la remise de fauteuils roulants lorsqu'il est probable qu'ils seront utilisés continuellement. La contribution de l'AVS s'élève à 900 francs et peut être sollicitée tous les cinq ans au maximum. Si des fournitures spéciales sont nécessaires en rapport avec l'invalidité, la participation s'élève à 1840 francs, et 2200 francs si des coussins anti-escarres sont nécessaires.

b) Fauteuils roulants électriques

L'**AI** (mais pas l'AVS) prend en charge le coût de fauteuils roulants électriques pour les personnes qui ne peuvent utiliser un fauteuil roulant ordinaire et qui ne peuvent se déplacer **de manière autonome** qu'avec un fauteuil électrique. Les frais de réparation sont également remboursés, y compris le remplacement des batteries. L'AI ne remet en général **deux** fauteuils roulants électriques que si l'un est utilisé sur le lieu de travail et l'autre au domicile. Sinon, un fauteuil roulant normal peut être donné en complément à un fauteuil électrique.

6. Lits électriques

Un lit électrique (avec potence) n'est remis par l'**AI** qu'aux personnes qui en dépendent pour aller au lit et se lever, mais non aux personnes durablement grabataires. Si l'assuré achète lui-même un lit électrique, l'AI le lui rembourse jusqu'à concurrence de 2500 francs. De plus, une contribution de 250 francs est accordée pour les frais de livraison.

L'**AVS** ne finance pas les lits électriques. Mais pour les bénéficiaires d'une rente de l'AVS, un financement est possible par les **prestations complémentaires** (voir chap. 4.2, ch. 4b).

7. Moyens auxiliaires pour l'hygiène corporelle

L'**AI** ne prend en charge l'installation d'un **WC-douche et séchoir complet,** ainsi que **des appareils complémentaires aux installations sanitaires existantes,** que si la personne n'est pas capable de procéder à ses soins corporels sans l'aide de ces appareils. Les **élévateurs de bain** permettant d'entrer dans la baignoire, font aussi partie de cette catégorie. L'AI les finance également même lorsque la personne concernée ne peut que très partiellement faire sa toilette seule et qu'ils servent surtout à faciliter l'aide apportée par des tiers.

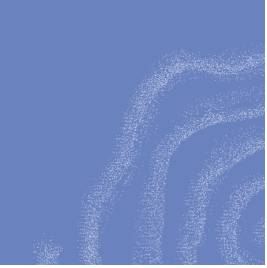
L'**AVS** ne finance aucun moyen de ce type. Mais un financement est possible, pour les personnes touchant une rente de vieillesse, à travers les **prestations complémentaires** (voir chap. 4.2, ch. 4b).

8. Instruments de travail et appareils ménagers

L'**AI** prend en charge les frais engendrés par l'acquisition d'instruments de travail et d'appareils ménagers, nécessaires du fait de l'invalidité, ainsi que des installations et appareils accessoires, et des adaptations nécessaires à la manipulation d'appareils et de machines, si ces **frais** sont **importants** (c'est-à-dire supérieurs à 400 francs). Les appareils servant à la **tenue du ménage** ne sont financés que si la personne assume régulièrement la responsabilité de celui-ci (et non pas de manière ponctuelle).

L'assuré verse à l'assurance une participation aux frais d'acquisition d'appareils dont les personnes valides ont également besoin en modèle standard.

Ni l'**AVS** ni les **PC** ne participent aux frais pour des instruments de travail et des appareils ménagers.



5. Autres mesures de rééducation

5.1 Thérapies non médicales

5.2 Réadaptation professionnelle

5.1 Thérapies non médicales

1. Définition

Ce chapitre décrit brièvement le cadre dans lequel des thérapies qui n'entrent pas dans la catégorie des thérapies médicales peuvent être prises en charge par les assurances sociales.

Par thérapies médicales, on entend toutes les thérapies dispensées par un médecin ou, sur sa prescription, par du personnel paramédical (p.ex. physiothérapie, psychothérapie).

Les thérapies non médicales (p.ex. musicothérapie, thérapie par la peinture, eurythmie médicale) n'entrent pas dans une définition bien circonscrite. L'AI parlait auparavant de mesures de nature pédago-thérapeutique.

2. Prestations des cantons

Jusqu'à fin 2007, et selon les circonstances, l'AI assurait les frais des **mesures de nature pédago-thérapeutique** (éducation précoce, traitement orthophonique, rééducation auditive et enseignement de la lecture) destinées à des mineurs, et ce, sans faire de différences entre les infirmités congénitales et celles dues à une maladie. Depuis le 1er janvier 2008 (entrée en vigueur de la RPT), il appartient aux **cantons** de régler le financement de ces mesures.

3. Prestations de l'assurance-maladie

Les caisses-maladies ne peuvent prendre en charge les thérapies non médicales **ambulatoires** dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins. Une prise en charge dans le cadre des assurances complémentaires sur la base de dispositions réglementaires est toutefois envisageable.

Si des thérapies non médicales sont entreprises **dans le cadre d'un traitement en milieu hospitalier,** il y a une prise en charge indirecte par les caisses, lorsque l'hôpital facture un **forfait** pour l'ensemble du traitement, sur la base d'une convention tarifaire.

Cependant, si ces thérapies sont facturées à part (ce qui est souvent le cas dans les cliniques privées), les caisses-maladies n'ont pas à les prendre en charge dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins. On peut imaginer en revanche qu'elles peuvent participer aux frais dans le cadre d'une assurance complémentaire d'hospitalisation. Il faut donc se reporter au règlement de son assurance.

5.2 Réadaptation professionnelle

1. Principe

a) Prestations obligatoires de l'AI

Lorsque, à la suite d'une maladie, d'un accident ou d'une infirmité congénitale, des mesures d'ordre professionnel deviennent nécessaires, c'est l'**AI** exclusivement qui en assure le financement.

Pour les mesures d'ordre professionnel, la prise en charge de l'AI est indépendante de l'existence ou non d'une infirmité congénitale (contrairement aux mesures médicales).

b) Étrangers

Pour les étrangers, la prise en charge de mesures d'ordre professionnel par l'AI dépend du **moment** où ces mesures sont devenues objectivement nécessaires. À ce moment-là, la personne concernée devait être **domiciliée** en Suisse. Pour les ressortissants des pays ayant conclu une convention de sécurité sociale avec la Suisse, ce fait suffit pour justifier leur droit aux prestations de l'AI. Pour les ressortissants de pays ayant conclu d'autres conventions, la personne concernée doit **avoir cotisé pendant une année** à l'AI ou **séjourné un an en Suisse de façon ininterrompue.** Les mêmes dispositions s'appliquent aux réfugiés reconnus. Les ressortissants d'autres pays doivent **avoir cotisé pendant une année complète** à l'AI ou **avoir séjourné en Suisse pendant dix ans sans interruption.**

Voir la liste des États ayant conclu une convention de sécurité sociale avec la Suisse au chap. 7.2, ch. 4a.

Remarque: la clause d'assurance n'est plus opposable aux **ressortissants des États de l'Union européenne et de l'AELE** ayant élu domicile en Suisse. Ceux-ci bénéficient du droit aux mesures d'ordre professionnel de l'AI aux mêmes conditions que les citoyens suisses.

➔ *Art. 6, al. 2 et art. 9, al. 3 LAI*

2. Orientation professionnelle et service de placement

a) Compétence

L'orientation professionnelle et le service de placement sont placés sous la responsabilité des conseillers en orientation professionnelle des **offices AI.**

L'assuré qui est intéressé par des mesures d'ordre professionnel doit **s'annoncer** le plus rapidement possible **auprès du service de l'AI,** pour que les mesures nécessaires puissent être prises à temps. Si un assuré s'inscrit à l'AI, l'office AI examine rapidement et sans enquête préalable complète portant sur les conditions médicales et les conditions relatives à l'assurance, les mesures professionnelles nécessaires à prendre, en particulier dans la perspective du maintien d'un emploi menacé. Ces mesures (dites d'**intervention précoce**) sont fixées en règle générale sur la base d'une évaluation par objectifs. La phase d'intervention précoce prend fin dès que les autres examens ont eu lieu et que des mesures de réinsertion peuvent être mises en place.

5

➔ *Art. 7d LAI; art. 1sexies à 1septies RAI*

b) Orientation professionnelle

D'une part, l'assuré a droit à une orientation professionnelle dispensée par les conseillers de l'AI. D'autre part, dans le cadre de l'orientation professionnelle, l'AI finance des **stages d'observation** dans des établissements de réadaptation spécialisés (en général jusqu'à trois mois). Pendant ces séjours en établissement, l'assuré a droit à des **indemnités journalières de l'AI** (voir chap. 6.6).

➔ *Art. 15 LAI*

c) Service de placement

Les personnes handicapées qui ne peuvent poursuivre leur activité professionnelle pour des raisons médicales ont droit à un **soutien actif,** assuré par un conseiller en orientation professionnelle de l'AI, **dans la recherche d'un emploi approprié.** Lorsqu'elles ont déjà un emploi, elles ont aussi droit à un **conseil suivi afin de conserver leur poste.**

Dans le cadre de ce service de placement, le service de l'AI peut aussi ordonner **une période d'essai de six mois** au plus pour tester la capacité d'une personne sur le marché du travail. Pendant cet essai, il n'y a pas de véritable contrat de travail, mais une série de droits et de devoirs fixés par le droit du contrat de travail est applicable par analogie. Ces essais de travail sont cependant réglés par une convention, qui fixe les conditions-cadre, la durée et les objectifs. En lieu et place d'un salaire, la personne assurée reçoit **de l'AI** une **indemnité journalière** (cf. à ce propos le chap. 6.6).

Lorsqu'un emploi a pu être trouvé, l'AI peut, pendant une durée maximale de six mois, verser des **allocations d'initiation au travail** dans la nouvelle entreprise, si les performances de la personne handicapée ne sont pas suffisantes pour fournir ses prestations pleinement pendant la période de mise au courant. L'allocation d'initiation au travail est versée à l'**employeur** qui, pour sa part, verse le salaire complet dès le début et déduit les contributions aux assurances sociales.

L'AI prend également à sa charge le coût des **moyens auxiliaires** dont l'assuré a besoin sur son lieu de travail en raison de son invalidité (voir chap. 4.2).

➔ *Art. 18, 18a et 18b LAI; art. 6bis et 6ter RAI*

3. Formation professionnelle initiale et reclassement

a) Principe

En principe, l'AI prend en charge les **frais supplémentaires liés à l'invalidité** dans le cadre de la réadaptation professionnelle. Il faut distinguer deux cas:

- dans le cadre d'une **formation professionnelle initiale,** pour un jeune handicapé depuis l'enfance, l'AI ne prend à sa charge que les **frais supplémentaires** liés à l'invalidité (car une personne en bonne santé a également des frais);
- s'il s'agit d'un **reclassement professionnel** pour une personne qui exerçait déjà une activité lucrative, l'AI prend en charge l'**intégralité des frais** (car l'ensemble des frais est lié à l'invalidité).

b) Formation professionnelle initiale

L'AI rembourse les **frais supplémentaires** liés à l'invalidité (p.ex. les frais de transport; les frais de nourriture et de logement si la formation doit se faire dans un centre de réadaptation; les frais scolaires spéciaux lorsqu'un apprentissage normal n'est pas possible).

Par **formation professionnelle initiale,** on entend toute forme de formation, d'apprentissage professionnel, d'écoles secondaires, professionnelles ou supérieures, y compris les cours préparatoires nécessaires. En revanche, les écoles pré-professionnelles n'en font pas partie.

L'AI prend à sa charge les frais supplémentaires liés à l'invalidité lors d'un **perfectionnement professionnel** dans le domaine professionnel de l'assuré ou dans un autre domaine, pour autant qu'il soit approprié et convenable, et qu'il permette, selon toute vraisemblance, de maintenir ou d'améliorer la capacité de gain de l'assuré. Une telle prise en charge est possible même dans les cas où l'état de santé de l'assuré lui permettrait de poursuivre ses activités dans la profession apprise.

Si l'infirmité engendre une **baisse de revenu** pendant la formation professionnelle initiale (absence de salaire d'apprentissage, p.ex.), l'assuré a droit à une **«petite» indemnité journalière** (voir chap. 6.6, ch. 2c). Aucune indemnité de ce genre n'est cependant prévue en cas de perfectionnement professionnel.

➔ *Art. 16 LAI*

c) Reclassement

L'AI prend en charge l'**ensemble des frais** de reclassement occasionnés par l'infirmité: écolage, matériel scolaire, frais de transport, frais de nourriture et de logement à l'extérieur notamment.

Un reclassement est entrepris dans les situations suivantes:

- L'assuré **n'est plus en mesure,** pour des raisons de santé, d'exercer l'activité précédente ou une autre activité ou on ne peut raisonnablement exiger de lui qu'il continue de l'exercer. Dans la pratique, et dans la plupart des cas, une perte de gain inférieure à 20% est considérée comme raisonnablement exigible.
- Le reclassement **permet** de sauvegarder ou d'améliorer à terme la capacité de gain.
- Le reclassement apparaît **approprié** (rapport coût–utilité raisonnable). L'assuré a en principe droit à un reclassement dans une profession qui lui offre les mêmes possibilités de gain que la précédente.

Un reclassement n'est financé par l'AI que lorsque la mesure a été préalablement approuvée par l'office AI. La procédure doit donc être impérativement établie en accord avec les **conseillers en orientation professionnelle de l'AI.**

Pendant le reclassement, l'assuré a droit non seulement au remboursement des frais, mais aussi à des **indemnités journalières de l'AI** (voir chap. 6.6).

➔ *Art. 17 LAI; art. 6 RAI*

4. Mesures de réadaptation professionnelle

a) Principe

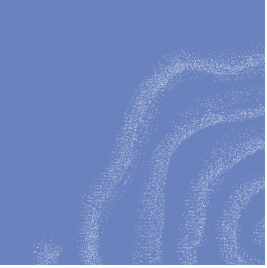
Le principe fondamental de l'AI s'énonce ainsi: «La réadaptation avant la rente». C'est pourquoi, à chaque demande de rente, les offices AI examinent d'abord la possibilité d'améliorer la capacité de gain par des mesures de réadaptation. C'est seulement si de telles mesures s'avèrent impossibles qu'une rente peut être accordée. Mais, lorsqu'une rente a été octroyée, les offices AI examinent périodiquement l'évolution personnelle et celle de l'état de santé afin de déterminer s'il existe une **possibilité de réinsertion professionnelle,** appuyée par des mesures médicales et/ou professionnelles ciblées. Dans l'affirmative, les offices AI peuvent octroyer ces mesures de réadaptation professionnelle. Les bénéficiaires de rentes doivent s'y soumettre **(obligation de coopérer),** sous peine de voir leur rente suspendue, réduite ou supprimée.

b) Les mesures en détail

Font partie des mesures de réadaptation envisageables les **mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle** (art. 14 LAI), les **mesures professionnelles** proprement dites (orientation professionnelle, art. 15 LAI, placement, art. 18 LAI, placement à l'essai, art. 18a LAI et reclassement, art. 17 LAI notamment), ainsi que la remise de moyens auxiliaires. Les offices AI peuvent également accorder un coaching sous le titre de **«Conseil et accompagnement»,** dont peuvent profiter tant les assurés que leurs employeurs.

Pendant la durée de ces mesures, **la rente continue d'être servie.** Il n'y a pas de droit à une indemnité journalière. Quand les mesures de reclassement prennent fin, les offices AI examinent leur résultat, c'est-à-dire la question de savoir si la capacité de gain a pu être améliorée, auquel cas la rente peut être diminuée ou supprimée (cf. à ce propos le chap. 7.2, ch. 2c).

➔ *Art. 8a et art. 22, al. 5bis LAI*



6. Perte de gain/ Indemnités journalières

6.1 Droit du travail: congé

6.2 Droit du travail: paiement du salaire en cas d'incapacité de travail

6.3 Droit du travail: devoir d'information

6.4 Indemnités journalières en cas de maladie: couverture d'assurance

6.5 Indemnités journalières en cas de maladie: conditions, montant et durée

6.6 Indemnités journalières de l'AI

6.1 Droit du travail: congé

1. Délais de congé

Les délais de congé ne peuvent être différents pour l'employeur et l'employé. Si un accord prévoit des délais différents, le délai le plus long est applicable aux deux parties.

Après le temps d'essai, et si les parties n'ont pas convenu d'autres délais, un contrat de travail peut, conformément au **Code des obligations (CO),** être résilié comme suit pour la fin d'un mois:

- délai de congé d'un mois pendant la première année de service;
- délai de congé de deux mois de la deuxième à la neuvième année de service;
- délai de congé de trois mois à partir de la dixième année de service.

Les délais de congé peuvent être prolongés **par accord écrit** entre les deux parties ou **par contrat-type de travail ou convention collective.**

La notification du congé doit **parvenir à l'autre partie** au plus tard le dernier jour du mois, pour que le délai puisse courir à partir du premier jour du mois suivant.

6

➔ *Art. 335 à 335c CO*

2. Interdiction de licencier

Un licenciement n'est pas autorisé pendant une **incapacité de travail totale ou partielle** du travailleur, résultant d'une maladie ou d'un accident dont il n'est pas responsable. L'employeur ne peut pas résilier le contrat de travail:

- durant 30 jours au cours de la première année de service;
- durant 90 jours de la deuxième à la cinquième année de service;
- durant 180 jours à partir de la sixième année de service.

Le délai de protection contre la résiliation du contrat de travail recommence à courir pour chaque nouvelle incapacité de travail, sauf en cas de rechute. Ainsi, lorsque les incapacités de travail sont dues à des accidents ou des maladies distinctes, chacune d'elles fait repartir le délai de protection. Si plusieurs incapacités de travail, par contre, sont dues à la même maladie ou au même accident, le décompte du délai de protection se poursuit à chacune des incapacités successives.

Tous les congés notifiés par un employeur **pendant** ces périodes de protection sont **nuls.** Ils n'ont aucun effet et doivent être signifiés à nouveau au terme de la période fixée.

Lorsqu'un congé a été signifié **avant l'une de ces périodes,** c'est-à-dire avant l'incapacité de travail, et que le délai de congé n'a pas expiré pendant cette période, le congé reste valable, mais son délai **est prolongé** du temps que dure l'incapacité de travail (au maximum toutefois de l'équivalent du délai pendant lequel un congé est interdit). Ces dispositions ne s'appliquent cependant que si c'est l'**employeur** qui résilie le contrat de travail.

Remarque: certaines **conventions collectives** prévoient qu'en cas d'incapacité de travail, l'employeur ne peut signifier de congé aussi longtemps que le travailleur touche des indemnités journalières de l'assurance collective.

Attention: le fait qu'aucun congé ne puisse être donné en cas de maladie pendant certaines périodes ne signifie pas que le travailleur ait droit à son salaire pendant ces périodes (voir chap. 6.2)!

➔ *Art. 336c CO*

3. Congé donné par l'employé

L'employeur incite souvent l'employé dont le travail laisse à désirer en raison de son état de santé, à **résilier lui-même** le contrat de travail. En échange, il lui fait miroiter la perspective d'un certificat de travail particulièrement élogieux.

On ne saurait recommander à une personne salariée de donner son congé dans de telles conditions, sauf si elle a déjà trouvé un autre emploi **(confirmation écrite).** Sans ces précautions, elle risque de pâtir de divers inconvénients, notamment dans les domaines suivants:

- **Assurance-chômage:** suspension éventuelle du droit aux indemnités pour chômage par sa propre faute;
- **Assurance d'indemnités journalières** en cas de maladie: disparition précoce de la protection de l'assurance collective (voir chap. 6.4);
- **Assurance-invalidité et caisse de pension:** incertitudes sur le fait que les raisons de santé ont ou non provoqué la résiliation du contrat de travail.

4. Congé avec effet immédiat

L'incapacité de travail intervenue sans qu'il y ait eu faute de la part du travailleur ou la baisse de performance due à une maladie ne peuvent en aucun cas motiver un licenciement avec effet immédiat. La personne concernée doit, le cas échéant, protester immédiatement et par écrit contre le licenciement et faire valoir son droit à une indemnisation.

Le congé avec effet immédiat est en revanche **justifié** si les rapports de confiance sont altérés au point qu'une poursuite du rapport de travail **ne peut raisonnablement plus être exigée** de l'employeur. Tel est par exemple le cas si le travailleur s'est absenté de façon répétée de son lieu de travail sans excuse valable et si les absences se sont poursuivies malgré une mise en garde.

➔ *Art. 337 CO*

6.2 Droit du travail: paiement du salaire en cas d'incapacité de travail

1. Principe

Les dispositions de l'article 324a du Code des obligations s'appliquent ici, sauf si le contrat-type de travail ou la convention collective prévoit une durée de versement des indemnités plus longue ou si l'employeur a conclu (et financé au moins pour la moitié) une assurance indemnité journalière en cas de maladie qui prévoit des indemnités journalières s'élevant à 80% au moins du salaire, sur une longue durée.

➔ *Art. 324b CO*

2. Dispositions légales

a) Loi

Dans la mesure où les rapports de travail ont duré plus de trois mois ou ont été conclus pour plus de trois mois, et où le travailleur est dans l'incapacité de travailler en raison d'une maladie, l'employeur est tenu de lui verser le salaire pendant trois semaines durant la première année de service et, ensuite, le salaire pour «une période plus longue fixée équitablement». Les tribunaux ont précisé cette disposition sous forme d'échelles qui varient d'un canton à l'autre. Ces différences dans l'application du droit ont déjà été dénoncées à diverses reprises, mais elles persistent.

➔ *Art. 324a CO*

b) Échelles bâloise, bernoise et zurichoise

Échelle bâloise

Durée de service:	Salaire payé:
1re année	3 semaines
de 2 à 3 ans	2 mois
de 4 à 10 ans	3 mois

de 11 à 15 ans	4 mois
de 16 à 20 ans	5 mois
plus de 20 ans	6 mois

Échelle bernoise

Durée de service:	Salaire payé:
1re année	3 semaines
2e année	1 mois
3e et 4e année	2 mois
5e à 9e année	3 mois
10e à 14e année	4 mois
15e à 19e année	5 mois
20e à 24e année	6 mois
25e à 29e année	7 mois
30e à 34e année	8 mois
35e à 39e année	9 mois

Échelle zurichoise

Durée de service:	Salaire payé:
1re année	3 semaines
2e année	8 semaines
3e année	9 semaines
4e année	10 semaines
5e année	11 semaines
6e année	12 semaines
7e année	13 semaines
8e année	14 semaines
9e année	15 semaines

10e année	16 semaines
11e année	17 semaines
12e année	18 semaines
13e année	19 semaines
14e année	20 semaines
15e année	21 semaines

Les tribunaux civils ou des prud'hommes peuvent donner des informations sur l'échelle qui est en vigueur dans la région où l'employé effectue son activité.

c) Questions pratiques

La **totalité** des absences pendant une année de service est prise en compte. Le droit au paiement du salaire reprend au début de l'année de service suivante.

Il n'a toutefois pas été clairement établi si le droit au paiement du salaire est prolongé en cas d'**incapacité de travail partielle** (durée doublée dans le cas d'une incapacité de travail de 50%). La doctrine majoritaire approuve cette prolongation mais le Tribunal fédéral ne s'est pas encore prononcé à ce sujet.

Ces dispositions s'entendent sur la **totalité** du salaire, y compris les indemnités de nuit, les rétributions supplémentaires, les pourboires ou les provisions.

3. Droit à des indemnisations

Les contrats de travail, et surtout les conventions collectives, exigent souvent que l'employeur **conclue une assurance d'indemnités journalières** en cas de maladie. S'il ne le fait pas et qu'un employé se trouve dans l'incapacité de travailler à long terme, ce dernier est en droit d'exiger une indemnisation équivalente aux indemnités perdues.

La même règle s'applique lorsque l'employeur a conclu une assurance d'indemnités journalières et que celle-ci a émis une réserve pour dommage antérieur sans que l'employeur ait informé l'employé que les prestations pourraient être supprimées pour les cas faisant l'objet d'une réserve.

6.3 Droit du travail: devoir d'information

Lorsqu'une personne a perdu son emploi, elle va généralement se mettre à la recherche d'un nouveau travail, si son état de santé le lui permet. Se pose alors la question de savoir jusqu'où la personne concernée **est tenue d'informer** son nouvel employeur de son état de santé présent ou passé, lors de l'entretien d'embauche ou au moment de la signature du contrat de travail.

1. Questions de l'employeur

Si l'employeur questionne directement le candidat sur son état de santé présent ou passé, celui-ci est tenu de **répondre conformément à la vérité.** Seule exception, les maladies passées sans risque sérieux de rechute, dont il n'est pas nécessaire de parler.

Celui ou celle qui cache une maladie malgré une question précise commet un dol. Si la chose est découverte, la personne concernée doit s'attendre à ce que l'employeur la congédie ou, s'il s'agit d'un cas grave, qu'il la licencie avec effet immédiat.

L'employeur peut-il faire dépendre l'engagement d'un **examen médical?** La chose est juridiquement contestée et dépend, dans tous les cas, du type d'activité professionnelle envisagé. Quoi qu'il en soit, le candidat ou la candidate qui refuse de se soumettre à un examen médical n'a guère de chance d'obtenir l'emploi désiré.

→ *Art. 28 et 320 CO*

2. Information spontanée

Le candidat ou la candidate n'est tenu/e d'annoncer spontanément que les atteintes **graves** à sa santé qui pourraient influer sensiblement sur sa capacité à remplir le contrat de travail.

L'obligation d'informer s'applique dans le cas d'un cancer en phase aiguë, qui laisse prévoir une (nouvelle) incapacité de travail à court terme. Elle ne s'applique en revanche pas quand la dernière opération remonte à six mois et que le risque de rechute semble écarté.

Les personnes diabétiques traitées à l'insuline ne peuvent pas exercer certaines professions, qui font courir de gros risques à des tiers en cas d'hypoglycémie (chauffeurs de bus ou d'ambulance, grutiers, etc.). Une personne qui ne peut effectuer ce genre de tâche, mais qui peut partir du principe qu'elles font partie du contrat de travail, doit en informer l'employeur lors de l'entretien d'engagement. Un diabétique qui postule pour un emploi de bureau n'est par contre pas obligé d'informer l'employeur qu'il doit interrompre brièvement son travail plusieurs fois par jour pour mesurer son taux de sucre; il est toutefois recommandé de le faire, au plus tard le premier jour de travail.

Si une personne cache sa maladie malgré son obligation de l'annoncer, son employeur peut – si l'existence de la maladie est découverte par la suite – la **licencier ou résilier** unilatéralement **son contrat de travail avec effet immédiat** pour cause d'erreur ou de dol.

➔ *Art. 20, 28 et 320 CO*

6.4 Indemnités journalières en cas de maladie: couverture d'assurance

1. Assureurs

Le statut juridique de l'assuré n'est pas le même selon que son assurance d'indemnités journalières tombe sous le coup de la législation sur l'assurance sociale ou des dispositions sur les assurances privées. Il faut donc, dans chaque cas, commencer par déterminer quel est le régime qui s'applique (LAMal ou Loi sur le contrat d'assurance).

a) Assurance d'indemnités journalières facultative au sens de la LAMal

Les **caisses-maladies** qui gèrent l'assurance obligatoire des soins doivent aussi proposer une assurance d'indemnités journalières facultative au sens des articles 67 à 77 LAMal. Le législateur n'a cependant pas précisé le montant pour lequel l'indemnité journalière doit être assurée à ce titre. De ce fait, la plupart des caisses-maladies ne proposent d'assurer qu'une indemnité journalière très modeste (p.ex. un maximum de 35 francs par jour) dans le cadre de la LAMal.

L'assurance d'indemnités journalières est **facultative** dans la mesure où la loi n'oblige personne à s'assurer contre les conséquences d'une perte de gain subie pour cause de maladie. Elle n'est en revanche **pas facultative** en ce sens que toutes les personnes domiciliées ou exerçant une activité lucrative en Suisse ont le droit d'adhérer à une telle assurance d'indemnités aux mêmes conditions.

➔ *Art. 13, al. 2, et art. 67 et 68 LAMal; art. 109 OAMal*

b) Assurance d'indemnités journalières régie par les dispositions de la législation sur les assurances privées

Les assurances d'indemnités journalières proposées par les **compagnies d'assurance privées** sont soumises à la législation sur le contrat d'assurance. Par principe, les assureurs sont donc libres d'accepter ou de refuser de conclure un contrat d'assurance avec une personne déterminée (principe de la liberté contractuelle). Dans le cadre de la police et des conditions générales d'assurance, ils peuvent aussi aménager les modalités de l'assurance comme ils l'entendent (à quelques exceptions près).

Les **caisses-maladies** sont, elles aussi, libres de proposer, en plus de l'assurance d'indemnités journalières facultative au sens de la LAMal, une assurance d'indemnités journalières régie par la législation sur le contrat d'assurance (il s'agit alors d'une **assurance complémentaire**).

➔ *Art. 12, al. 2 LAMal; Loi sur le contrat d'assurance (LCA)*

2. Conclusion de l'assurance

a) Assurance individuelle

Toute personne désireuse de conclure auprès d'une **caisse-maladie** une assurance d'indemnités journalières individuelle dans le cadre de la **LAMal** (voir ch. 1a) a le droit d'adhérer à l'assurance aux conditions définies dans le règlement.

La caisse-maladie n'est pas autorisée à refuser l'adhésion pour cause de risque de maladie accru (sauf si la personne en question a atteint l'âge de 65 ans). Elle peut en revanche:

- exclure de l'assurance par une clause de **réserve d'une durée de cinq ans** les maladies existant au moment de l'admission (ou les maladies antérieures si, selon l'expérience, une rechute est possible). La réserve n'est valable que si elle est communiquée par écrit à l'assuré et qu'elle spécifie le type de maladie qui en est l'objet;
- échelonner les primes en fonction de l'**âge d'admission** (mais non d'après le sexe de la personne assurée).

Quiconque souhaite conclure une assurance d'indemnités journalières **régie par la législation sur les assurances privées** (voir ch. 1b) auprès d'une **compagnie d'assurance** ou d'une caisse-maladie, doit s'attendre à ce que cette compagnie d'assurance ou cette caisse-maladie se renseigne en détail sur son état de santé et qu'elle décide, selon les informations obtenues, de **refuser de conclure le contrat** ou d'émettre une **réserve** illimitée dans le temps pour exclure de l'assurance les maladies existantes (voir chap. 2.3, ch. 1c). Les primes sont échelonnées selon le risque (âge, sexe).

La conclusion d'une assurance individuelle d'indemnités journalières est recommandée pour toutes les personnes auxquelles une assurance collective n'assure pas une couverture suffisante. Il s'agit en particulier des personnes exerçant une **activité lucrative indépendante,** mais dans certains cas aussi de personnes salariées (surtout dans les petites entreprises).

➔ *Art. 68 et 69 LAMal; art. 4 ss LCA*

b) Assurance collective

En Suisse, la loi **n'oblige pas les personnes salariées** à conclure une assurance d'indemnités journalières. Les **conventions collectives de travail** imposent cependant souvent aux employeurs d'assurer une indemnité journalière en cas de maladie de leurs employés. D'autres entreprises s'engagent à conclure une assurance d'indemnités journalières dans le cadre du contrat de travail individuel; la prime est alors payée, en règle générale, moitié par l'employeur, moitié par l'employé.

Dans ces cas, le rapport d'assurance est créé au moyen d'un **contrat collectif d'assurance** passé entre l'employeur et une caisse-maladie ou une compagnie d'assurance. Dans ces contrats collectifs d'assurance, il est généralement stipulé que le salarié est assuré tant que durent les rapports de travail. **La fin des rapports de travail implique en général aussi la fin de la couverture d'assurance.**

Remarque: dans le cas d'une assurance d'indemnités journalières selon la LAMal, l'obligation de l'assureur de verser des indemnités s'éteint avec l'extinction des rapports d'assurance, même lorsqu'une incapacité de travail a débuté auparavant (pour savoir comment maintenir la couverture d'assurance voir les chiffres 3 et 4 ci-après). Il en va autrement des assurances d'indemnités journalières régies par la LCA (ce qui est fréquemment le cas à l'heure actuelle): si les conditions d'assurance ne contiennent pas de clause contraire, l'indemnité journalière pour une incapacité de travail existante continuera d'être versée par l'assurance collective, même après l'extinction des rapports d'assurance.

Dans le contexte de l'assurance collective, la formule selon laquelle sont assurées les personnes **qui souffrent d'une maladie dont elles avaient déjà connaissance au moment de leur adhésion** peut varier: certains assureurs renoncent d'une façon générale à formuler des réserves alors que d'autres prévoient la possibilité d'instituer des réserves individuelles pour certains salariés après examen de leur état de santé ou ne fournissent que des prestations réduites si l'incapacité de travail qui motive les prestations est due à une maladie antérieure à l'adhésion à l'assurance.

Remarque: l'intérêt des salariés, et aussi leur droit, est de savoir avec qui l'employeur a conclu son contrat d'assurance collective, et s'il s'agit d'une **caisse-maladie** ou d'une **compagnie d'assurance,** et quelles sont les conditions d'assurance. L'employeur est tenu de fournir ce genre d'informations et, sur demande, de remettre à ses employés un exemplaire du **règlement** ou des **conditions générales d'assurance** qui s'appliquent.

3. Passage dans l'assurance individuelle

Le salarié ou la salariée qui quitte une entreprise sans reprendre une nouvelle activité lucrative ou qui entre dans une entreprise qui n'a pas conclu d'assurance d'indemnités journalières (ou dont l'assurance est nettement moins avantageuse que celle dont la personne concernée bénéficiait auparavant) peut demander son **transfert de l'assurance collective dans l'assurance individuelle.** Les bases légales sur lesquelles se fondent les dispositions régissant le

transfert ne sont toutefois pas les mêmes selon que l'assurance d'indemnités journalières en question a été conclue en application de la LAMal ou qu'elle l'a été selon les dispositions de la Loi sur le contrat d'assurance (ce qui est plus fréquent dans la pratique).

a) Droit de passage sous le régime de la LAMal

Les caisses-maladies qui gèrent l'assurance d'indemnités journalières conformément aux dispositions de la LAMal (voir ch. 1a) doivent faire en sorte que l'assuré qui quitte l'assurance collective soit **renseigné par écrit** sur son droit de passage dans l'assurance individuelle. L'assuré qui souhaite faire valoir son droit de libre passage doit agir dans les trois mois qui suivent la réception de la communication. Si la caisse néglige son devoir d'information, l'assuré continue d'être couvert par l'assurance collective.

Toute personne qui passe d'une assurance collective à une assurance individuelle doit être assurée à titre individuel aux conditions qui étaient celles de l'assurance collective. La caisse n'a notamment **pas le droit de formuler de nouvelles réserves** relatives à l'état de santé de l'assuré. Elle peut tout au plus maintenir les réserves existantes jusqu'à ce qu'elles deviennent caduques.

Si la personne qui passe dans l'assurance individuelle souhaite toutefois améliorer sa couverture d'assurance (p.ex. en s'assurant pour des **indemnités journalières plus élevées** ou en éliminant la clause stipulant que le droit aux indemnités sera différé), la caisse est libre de refuser de conclure ce nouveau contrat ou de l'assortir d'une réserve.

Les conditions du passage dans l'assurance individuelle sont ainsi aménagées de façon optimale. À partir de là, l'assuré doit toutefois payer ses **primes** de sa poche. Bien que celles-ci soient généralement assez élevées, les personnes qui ont une santé fragile et pour qui une incapacité de travail est une éventualité à laquelle elles doivent s'attendre feront bien de vérifier le maintien de la couverture d'assurance, tout comme, bien entendu, les personnes déjà incapables de travailler.

➔ *Art. 71 LAMal*

b) Droit de passage sous le régime de la législation sur le contrat d'assurance

Les assureurs qui gèrent l'assurance d'indemnités journalières selon les dispositions de la LCA (voir ch. 1b) sont tenus de par la loi de **permettre** aux salariés **au chômage de passer** dans l'assurance individuelle. Ils sont également tenus de veiller à ce que cet assuré soit informé de son droit de passage dans l'assurance individuelle, et du délai de trois mois requis dans ces cas-là pour faire valoir ce passage. Les assureurs qui versent les indemnités journalières garantissent du reste ce droit de passage, aux termes de leurs conditions générales d'assurance. Toutefois, la demande doit alors normalement être présentée dans les 30 jours. En général, les assureurs privés n'ont pas l'**obligation d'informer.** Une fois le délai de passage écoulé, l'assuré ne peut plus compter que sur la bonne volonté de l'assureur ou alors essayer de se retourner contre son ancien employeur en lui reprochant d'avoir manqué à son devoir d'information.

En règle générale, les compagnies d'assurance privées garantissent également le passage dans l'assurance individuelle avec maintien de la couverture antérieure et renoncent à la formulation de nouvelles **réserves relatives à l'état de santé** de l'assuré. Il existe hélas encore quelques rares compagnies qui, dans leurs conditions générales (imprimées en tout petits caractères) s'autorisent par exemple, en cas de passage, à formuler des réserves pour les maladies qui existaient déjà au moment de l'adhésion à l'assurance collective, mais qui n'avaient pas fait l'objet d'une réserve à l'époque faute d'examen médical.

Remarque: lorsqu'une personne est déclarée en incapacité de travail alors que l'assurance collective est encore en vigueur, elle continuera dans de nombreux cas de recevoir les indemnités journalières même après la rupture des rapports de travail (voir ch. 2b). Dans ce cas, il est inutile de passer dans l'assurance individuelle. La personne concernée devrait s'assurer suffisamment tôt (c'est-à-dire avant la fin des rapports de travail) que l'assurance est tenue de lui fournir des prestations même sans passage dans l'assurance individuelle!

➔ *Art. 100, al. 2 LCA*

c) Passage en cas de transfert du domicile à l'étranger

La situation juridique n'est guère satisfaisante pour les assurés qui, après dissolution des rapports de travail, souhaitent transférer leur domicile à l'étranger: ils n'ont normalement **pas la possibilité** de passer dans l'assurance individuelle pour conserver leur couverture d'assurance en cas de perte de gain due à la maladie. Les **caisses-maladies** appliquent en effet le principe de la territorialité, ce qui veut dire qu'elles ne transfèrent pas leurs prestations à l'étranger. Cette limitation du droit de passage aux assurés domiciliés en Suisse se retrouve également dans les conditions générales des **assureurs privés.**

4. Passage dans une autre assurance collective

Il est des situations dans lesquelles une personne qui change d'emploi n'a aucun intérêt à passer dans une assurance individuelle. C'est par exemple le cas lorsqu'elle est rapidement réengagée par un nouvel employeur qui a conclu pour ses salariés une assurance collective d'indemnités journalières garantissant une couverture comparable à celle dont elle bénéficiait auparavant. Il reste à savoir si une personne qui était jusqu'alors assurée sans réserve doit s'exposer au risque de voir sa nouvelle assurance assortie d'une réserve dans le cas où elle aurait eu des problèmes de santé dans l'intervalle.

a) Changement d'assureur sous le régime de la LAMal

Dans tous les cas où l'assurance d'indemnités journalières est gérée conformément aux dispositions de la LAMal (voir ch. 1a), la loi interdit au nouvel assureur de formuler de nouvelles réserves à l'occasion du changement. Elle l'autorise tout au plus à maintenir les réserves existantes jusqu'à l'échéance du délai initial. Si l'assuré a déjà touché des indemnités journalières auprès de l'ancien assureur, le nouvel assureur peut les imputer sur la durée du droit aux prestations.

➔ *Art. 70 LAMal*

b) Conventions de libre passage

Le **libre passage intégral** n'est garanti qu'à certaines conditions, dans tous les cas où les dispositions de la LAMal ne s'appliquent pas. Certes, il existe une **convention de libre passage** que l'Association Suisse d'Assurances (ASA) et Santésuisse ont conclue et à laquelle ont adhéré la plupart des assureurs et des caisses-maladies. Cette convention oblige les nouvelles assurances collectives à assurer les travailleurs après un changement d'employeur, sans tenir compte de leur état de santé. Seules les réserves existantes peuvent être maintenues jusqu'à ce qu'elles deviennent caduques.

Dans certains cas, cette convention n'est pas suivie. Recommandation est donc faite aux assurés concernés non seulement de rappeler au nouvel assureur les obligations qui lui incombent en vertu de la convention, mais aussi d'informer l'ancien assureur des difficultés qu'ils rencontrent. Si les deux assureurs ne parviennent pas à s'entendre, l'assuré peut demander que le litige soit porté devant l'arbitre institué par la convention.

6.5 Indemnités journalières en cas de maladie: conditions, montant et durée

1. Condition: incapacité de travail

Le droit à l'indemnité journalière prend naissance lorsque l'assuré n'est plus capable de travailler.

a) Définition de l'incapacité de travail

Est considérée comme incapable de travailler toute personne qui, à cause d'un problème de santé, est **incapable d'exécuter un travail que l'on peut raisonnablement exiger d'elle.**

Dans la première phase d'une maladie, l'assuré est considéré comme incapable de travailler s'il peut produire un certificat médical attestant qu'il n'est plus en mesure d'exercer l'**activité professionnelle qui était la sienne.** Si la maladie est de longue durée (plus de six mois, p.ex.) et s'il est en outre peu vraisemblable, pour des raisons de santé ou pour d'autres motifs, que l'assuré puisse jamais retravailler dans sa profession, on estime pouvoir raisonnablement exiger de l'assuré, dans le sens de l'**obligation d'atténuer le dommage,** qu'il se reconvertisse. L'assurance doit aviser la personne concernée de cette obligation et lui accorder un **délai approprié** pour la reconversion (trois à cinq mois en général). Passé ce délai, l'incapacité de travail pourra être évaluée en fonction de l'activité raisonnablement exigible sur le marché du travail dans le secteur concerné.

En cas d'incapacité de travail de longue durée, la caisse-maladie peut exiger de l'assuré qu'il s'adresse à l'assurance-invalidité pour **demander à bénéficier de ses prestations.** Elle peut aussi faire vérifier l'incapacité de travail attestée par un certificat médical par son propre médecin-conseil.

➔ *Art. 6 LPGA*

b) Degré de l'incapacité de travail

Les caisses-maladies qui gèrent l'assurance d'indemnités journalières selon les dispositions de la LAMal («assurance d'indemnités journalières facultative») sont tenues d'accorder l'indemnité journalière à partir d'une **incapacité de travail de 50%.** Les autres assureurs versent eux aussi l'indemnité journalière soit à partir du moment où la capacité de travail est réduite d'au moins 50%, soit déjà dans le cas d'une incapacité de travail plus faible (p.ex. 25%). Seul le règlement ou les conditions d'assurance qui s'appliquent sont déterminants en l'occurrence.

➔ *Art. 72, al. 2 LAMal*

2. Montant de l'indemnité journalière

a) Assurance collective

Dans l'assurance collective, le montant de l'indemnité journalière assurée est défini en pour cent du salaire. Il équivaut normalement à 80%, plus rarement à 90% ou à 100% du salaire.

b) Assurance individuelle

Dans l'assurance individuelle, l'indemnité journalière équivaut au montant exprimé en francs qui a été convenu et qui est dû (contrairement aux indemnités de chômage) pour chaque jour d'incapacité de travail (samedis et dimanches inclus). Cette règle s'applique aussi dans le cas des personnes passant de l'assurance collective à l'assurance individuelle: l'indemnité journalière assurée équivaut alors en règle générale à 80% du dernier salaire mensuel, divisé par 30.

c) Réduction pour cause de surassurance

Les **caisses-maladies** qui gèrent l'assurance d'indemnités journalières selon les dispositions de la LAMal («assurance d'indemnités journalières facultative») sont tenues de réduire l'indemnité journalière dans la mesure où cette dernière, à elle seule ou en concurrence avec les prestations d'autres assureurs (AI, caisse de retraite), excède la perte de gain présumée

subie par l'assuré du fait de son incapacité de travail ou la valeur des tâches qu'il ne peut pas accomplir **(interdiction de réaliser un bénéfice sur les prestations d'assurance).**

À noter, pour le calcul de la surassurance, que la perte de gain augmente chaque année d'un montant équivalant au moins à l'adaptation du salaire due au renchérissement. Si l'indemnité journalière versée par une caisse-maladie est réduite pour cause de surassurance, la durée d'indemnisation **est prolongée** d'autant.

Les **assureurs** qui gèrent l'assurance d'indemnités journalières selon les dispositions de la **législation sur les assurances privées** ne sont pas soumis à des dispositions légales exigeant une réduction de l'indemnité. En cas de surassurance, ils peuvent verser l'indemnité dans son intégralité ou alors la réduire (ce qui est fréquent aujourd'hui) sans devoir pour autant prolonger la durée d'indemnisation. Seul le règlement ou les conditions générales d'assurance sont déterminants en la matière.

➔ *Art. 72, al. 1 et 5, et art. 78, al. 2 LAMal; art. 122 OAMal*

3. Durée du droit à l'indemnité

a) Début du droit à l'indemnité

Normalement, l'indemnité est due **dès le troisième jour** qui suit le début de la maladie.

Moyennant une réduction adéquate de la prime, le moment auquel prend naissance le droit aux prestations peut être différé tant dans l'assurance individuelle que dans l'assurance collective **(«indemnité à prestations différées»).** Si l'assuré a choisi la solution de l'assurance individuelle, il doit assumer lui-même sa perte de gain jusqu'à ce que commence son droit aux prestations, à moins qu'il ne soit couvert par une autre assurance (les chômeurs, p.ex., reçoivent leurs indemnités de chômage pendant encore 30 jours en cas d'incapacité de travail). Sous le régime de l'assurance collective, l'employeur doit normalement continuer de payer le salaire jusqu'au début du droit à l'indemnité journalière.

b) Durée du droit à l'indemnité

Les **caisses-maladies** qui gèrent l'assurance d'indemnités journalières selon les dispositions de la LAMal («assurance d'indemnités journalières facultative») sont tenues de verser l'indemnité journalière convenue durant au moins **720 jours dans une période de 900 jours consécutifs.** Cette règle s'applique aussi aux cas d'**incapacité de travail partielle** donnant droit à une indemnité journalière réduite. Dans ces cas, la couverture d'assurance est maintenue pour la capacité de travail résiduelle, même après le versement de 720 indemnités journalières.

Les **assureurs** qui gèrent l'assurance d'indemnités journalières selon les dispositions de la **législation sur les assurances privées** sont en revanche libres de fixer à leur guise la durée du droit à l'indemnité journalière. La police ainsi que les conditions d'assurance ou le règlement sont seuls déterminants.

➔ *Art. 72, al. 3 et 4 LAMal*

c) Prolongation de la durée d'indemnisation

Dans le cas des **caisses-maladies** qui gèrent l'assurance d'indemnités journalières selon les dispositions de la LAMal («assurance d'indemnités journalières facultative»), la durée d'indemnisation est prolongée si la caisse **réduit l'indemnité journalière pour cause de surassurance.** La durée d'indemnisation se poursuit alors jusqu'à ce que le montant total des indemnités versées équivaille à la somme de 720 indemnités journalières pleines.

Les **assureurs** qui gèrent l'assurance d'indemnités journalières selon les dispositions de la **législation sur les assurances privées** ne sont en revanche pas obligés par la loi de prolonger la durée du droit à l'indemnité en cas de réduction de l'indemnité journalière ou d'incapacité de travail partielle. Sont déterminantes les clauses du règlement ou les conditions d'assurance; généralement, aucune prolongation de la durée du droit à l'indemnité n'est prévue.

➔ *Art. 72, al. 5 LAMal*

6.6 Indemnités journalières de l'AI

1. Qui a droit à une indemnité journalière de l'AI?

Les personnes qui sont empêchées de se rendre à leur travail en raison d'examens ordonnés par l'AI pour juger du bien-fondé de leur demande ou de mesures de réadaptation, ont droit à une indemnité journalière de l'AI. Cette indemnité est versée selon les modalités suivantes:

a) Pendant un examen de l'AI

L'assuré qui se soumet pendant deux jours consécutifs au moins à un examen ordonné par l'AI (voir chap. 5.2) a droit à une indemnité journalière pour chaque jour d'examen.

➔ *Art. 17 RAI*

b) Pendant une réadaptation

L'assuré a droit à une indemnité journalière pendant la durée de mesures de réadaptation (mesure d'intégration en vue d'un reclassement professionnel, essai de travail, formation professionnelle initiale, réadaptation), pour autant que l'assuré prenne part à de telles mesures pendant trois jours au moins par mois.

L'indemnité journalière n'est pas seulement accordée pour les **jours de réadaptation,** mais également pour les **jours se situant dans l'intervalle,** si l'assuré présente dans son activité professionnelle habituelle une incapacité de travail de 50% au moins.

➔ *Art. 22 LAI; art. 17bis RAI*

c) Délais d'attente

L'assuré a également droit à une indemnité journalière de l'AI s'il doit attendre le début d'une **formation professionnelle initiale** ou d'un **reclassement,** pour autant qu'il présente une incapacité de travail de **50% au moins** pendant ce délai d'attente. Le droit à l'indemnité commence au moment où l'office AI constate que de telles mesures de réadaptation sont indiquées.

Cette indemnité journalière est d'un grand secours pour tous ceux qui n'ont pas droit à une indemnité journalière en cas de maladie. C'est pourquoi il est important de s'annoncer le plus rapidement possible à l'AI lorsqu'un reclassement entre en considération.

En revanche, l'**indemnité journalière de l'AI n'est pas accordée** si une procédure de reclassement est reportée pour raisons de santé (rechute par exemple).

➔ *Art. 18 et 19 RAI*

d) Mise au courant

Lorsqu'un service de placement a **procuré un emploi** à l'assuré, l'office AI peut accorder à l'employeur une **allocation d'initiation au travail** pendant la durée de cette dernière (durée pouvant aller jusqu'à six mois, cf. chap. 5.2 ch. 2c). Il ne s'agit pas d'une indemnité journalière. Son octroi ne dépend donc pas des règles relatives à ces dernières. Quant au montant de ladite allocation, il ne peut dépasser celui du salaire (y compris les contributions aux assurances sociales), que paie l'employeur.

➔ *Art. 18b LAI; art. 6ter RAI*

2. Calcul de l'indemnité journalière de l'AI

a) Principe

L'indemnité journalière est calculée selon le revenu acquis par l'assuré pour la **dernière activité exercée sans restriction due à des raisons de santé.** Si, en raison de l'aggravation de la maladie, la personne assurée a dû renoncer à sa profession pour un emploi moins bien rétribué, l'indemnité est calculée selon le revenu acquis dans la profession acquise. Elle se calcule comme suit:

- l'**indemnité de base** s'élève à 80% du revenu mentionné ci-dessus, le maximum étant fixé à 326 francs par jour. Les assurés qui suivent une formation professionnelle initiale, et qui ont atteint l'âge de 20 ans révolus, touchent une indemnité journalière de 122.10 francs par jour;
- à cette indemnité de base s'ajoute un **supplément** de 9 francs par jour pour chaque **enfant.** Additionnées, l'indemnité de base et les prestations pour enfant ne doivent toutefois pas dépasser 407 francs par jour.

➔ *Art. 23 à 24 LAI; art. 21 à 21^{octies} RAI*

b) Réduction de l'indemnité

Si l'assuré exerce une **activité lucrative** pendant sa réadaptation, l'indemnité journalière est réduite dans la mesure où, ajoutée au revenu de cette activité, elle dépasse le montant du dernier revenu.

Une réduction intervient également lorsque l'indemnité de base et les suppléments pour enfant dépassent ensemble le revenu perdu de l'activité lucrative.

Enfin, l'indemnité journalière est réduite lorsque l'**AI prend à sa charge la totalité des frais de nourriture et de logement** pendant la période de réadaptation, et ce, de 10% de l'indemnité journalière (mais au maximum de 10 francs par jour) pour les assurés ayant des obligations d'entretien à l'égard d'enfants, et de 20% de l'indemnité journalière (mais au maximum de 20 francs par jour) pour tous les autres assurés.

➔ *Art. 24 LAI; art. 21^{septies} à 21^{octies} RAI*

c) «Petite» indemnité journalière

Pendant leur formation professionnelle initiale (voir chap. 5.2), les assurés ne touchent qu'une «petite» indemnité journalière, qui se monte à 40.70 francs par jour. Un éventuel gain obtenu pendant la formation est déduit de cette indemnité. Une réduction de 20% de l'indemnité journalière (mais au maximum de 20 francs par jour) est également appliquée si l'AI prend entièrement à sa charge les frais de nourriture et de logement pendant la réadaptation.

Pour les assurés qui **avaient déjà achevé** leur formation professionnelle initiale (en général à 20 ans) avant d'être atteints dans leur santé, la «petite» indemnité journalière se monte à 122.10 francs par jour, montant auquel vient le cas échéant s'ajouter un supplément de 9 francs par enfant.

➔ *Art. 24, al. 3 LAI; art. 22 RAI*

7. Rentes d'invalidité/ Prestations complémentaires

7.1 Évaluation de l'invalidité

7.2 Rentes AI

7.3 Rentes d'invalidité des caisses de pension

7.4 Prestations complémentaires

7.1 Évaluation de l'invalidité

1. Notion d'invalidité

a) Définition légale

L'AI définit l'invalidité comme une diminution de la capacité de gain de longue durée résultant d'une **atteinte à la santé physique, mentale ou psychique.**

Les personnes qui n'exercent pas d'activité lucrative sans être atteintes dans leur santé **(hommes ou femmes au foyer)** sont considérées comme invalides si l'atteinte à leur santé physique, mentale ou psychique les empêche d'accomplir leurs travaux habituels sur une longue durée.

➔ *Art. 7 et 8 LPGA; art. 4 et 5 LAI*

b) Quelles atteintes à la santé entrent en ligne de compte?

Les questions de définition sont particulièrement délicates dans le domaine des **maladies psychiques,** notamment pour ce qui est des syndromes dépressifs. Dans ces cas, un médecin spécialiste doit évaluer si l'on peut raisonnablement exiger de l'assuré qu'il cherche un emploi sur le marché du travail et, si oui, dans quelle mesure. Une invalidité ne sera pas reconnue si elle est essentiellement due à des difficultés socioculturelles et psychosociales. Si de telles difficultés ont toutefois entraîné une véritable maladie psychique pouvant faire l'objet d'un diagnostic, cette maladie peut, selon la jurisprudence actuelle, être assimilée à une affection invalidante.

Dans un nouvel arrêt (139 V 346), le Tribunal fédéral a décidé que, dans le cas d'une **fatigue associée à une tumeur** (à la différence du syndrome de fatigue chronique), il n'y a généralement pas lieu de supposer que la douleur peut être dominée par un effort de volonté. Il appartient aux médecins de juger dans quelle mesure une telle fatigue limite la capacité de travail, sur la base des conditions concrètes du cas d'espèce.

Dans un arrêt récent (141 V 281), le Tribunal fédéral a abandonné sa longue pratique selon laquelle les **troubles somatoformes,** la **fibromyalgie** et autres «syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique» sont, en règle générale, objectivement surmontables. Il réclame maintenant que la question de savoir si de telles atteintes à la santé sont invalidantes soit clarifiée sans a priori, à l'aide d'une grille d'information normative et structurée: il convient de vérifier en particulier si, en l'état actuel des connaissances médicales, les possibilités thérapeutiques indiquées ont été épuisées et si la personne concernée s'est montrée coopérative dans le traitement. Il faut en outre clarifier si les douleurs alléguées sont persistantes et se manifestent avec la même intensité dans la vie privée et dans la vie professionnelle. Enfin, le Tribunal fédéral exige que, d'une part, les ressources personnelles soient davantage prises en compte dans la maîtrise de l'affection, mais que, d'autre part, il soit tenu compte de la complication du processus de guérison par la présence d'autres diagnostics de troubles somatiques et psychiques. Cette nouvelle pratique est appliquée dans toutes les procédures en cours depuis juin 2015, mais cela ne constitue pas un motif pour réclamer le réexamen d'un dossier clos et entré en force.

Si l'on peut se réjouir du changement de jurisprudence, en ce qui concerne ce type de diagnostics, on ne se fondera plus uniquement sur les appréciations des médecins traitants, mais il faudra requérir dans tous les cas des **expertises** auprès d'instituts d'expertises.

c) Incapacité de gain

Une atteinte à la santé n'est considérée comme invalidité que lorsqu'elle **provoque une diminution de la capacité de gain** (ou qu'elle empêche l'accomplissement des travaux habituels) **de longue durée,** soit pendant plus d'un an au moins.

Il doit exister un **rapport de causalité** entre l'atteinte à la santé et l'incapacité de travail. **Seules** les conséquences d'une atteinte **à la santé** sont prises en considération pour déterminer une incapacité de travail. D'autres facteurs tels que des causes économiques (chômage) ou person-

nelles (formation insuffisante, langue, mauvaise ambiance au travail) n'entrent pas en ligne de compte.

➔ *Art. 7 et 8 LPGA*

d) Notion d'invalidité dans le 2e pilier

La notion d'invalidité est **la même** dans la Loi sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité (LPP) que dans la Loi sur l'assurance invalidité (LAI). Les mêmes principes que dans l'AI sont donc applicables dans le domaine des obligations de la LPP.

Les caisses de pension peuvent d'ailleurs être moins strictes sur la définition de l'invalidité dans leurs statuts et règlements: par exemple, un assuré peut être réputé invalide en raison d'une incapacité de travail dans la profession **qu'il exerçait,** et non pas sur l'ensemble du marché du travail. On trouve notamment de telles définitions dans les caisses d'assurances publiques.

En revanche, les caisses de pension, dans les domaines où elles offrent des prestations **surobligatoires,** peuvent définir l'invalidité de manière encore plus restrictive dans leurs règlements.

➔ *Art. 23 LPP*

2. Évaluation du degré d'invalidité

a) Choix de la méthode d'évaluation de l'AI

L'activité qu'aurait selon toutes probabilités l'assuré s'il n'était pas atteint dans sa santé, détermine le choix de la méthode d'évaluation:

- s'il avait exercé une **activité lucrative à temps complet,** c'est la méthode de la comparaison des revenus qui entre en ligne de compte (voir b ci-après);

- s'il n'avait exercé **aucune activité lucrative** (ménagère par exemple), on utilise la méthode de la comparaison des champs d'activités (voir c ci-après);
- s'il avait exercé une **activité lucrative à temps partiel** et s'était consacré en plus à certaines tâches (ménagères par exemple), on utilise la méthode mixte (voir d ci-après).

b) Méthode de la comparaison des revenus

Le degré d'invalidité est établi en comparant le revenu hypothétique que l'assuré aurait pu obtenir s'il était en bonne santé (**revenu de personne valide:** combien l'assuré gagnerait-il aujourd'hui s'il n'était pas malade?) avec le **revenu d'invalide** qu'on peut raisonnablement attendre de lui (que peut-il encore gagner après les mesures de réadaptation possibles et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail?).

Exemple:

- revenu de personne valide: 5000 francs par mois
- revenu raisonnable d'invalide: 2000 francs par mois
- degré d'invalidité (diminution de la capacité de gain) 60%

Pour les **personnes avec un handicap précoce** qui, en raison de leur état de santé, n'ont pas pu acquérir de connaissances professionnelles suffisantes, c'est le revenu moyen des salariés en Suisse qui est considéré comme le **revenu de personne valide.** Cela correspond à:

- 57 750 francs pour les moins de 21 ans;
- 66 000 francs pour les moins de 25 ans;
- 74 250 francs pour les moins de 30 ans;
- 82 500 francs à partir de 30 ans.

→ *Art. 28, al. 2 LAI; art. 25 et 26 RAI*

c) Méthode de comparaison des champs d'activité

Le degré d'invalidité est évalué en fonction de l'empêchement pour l'assuré d'accomplir ses travaux habituels (p.ex. les travaux du ménage, l'éducation des enfants, les activités caritatives bénévoles). L'évaluation se fait sur la base d'une enquête d'un représentant de l'AI utilisant un questionnaire standard.

➔ *Art. 27 RAI*

d) Méthode mixte

Pour les assurés qui exercent une activité lucrative à temps partiel non motivée par leur état de santé, et qui ont d'autres activités non rémunérées, les deux méthodes sont combinées.

Exemple:

- Madame X travaillait à l'extérieur à 20% et tenait son ménage à 80%.
- Elle a une incapacité de gain totale, soit un degré d'invalidité de 20%.
- Elle est empêchée de tenir son ménage à 25%, soit un degré d'invalidité de 20% (25% de 80%).
- Son degré d'invalidité est donc de 40% (20% + 20%).

➔ *Art. 27bis RAI*

e) Évaluation du degré d'invalidité dans la prévoyance professionnelle

Là où l'invalidité est définie par la LPP ou le règlement de la caisse de pension **sur la même base que l'AI** (voir ch. 1d ci-dessus), la caisse de pension **est liée** par l'évaluation du degré d'invalidité faite par l'AI, sauf si elle peut prouver que l'AI a manifestement pris une décision erronée. Lorsque la décision de l'AI n'a pas été communiquée à temps à la caisse de pension, celle-ci n'est pas liée par la décision, car elle n'a pas eu la possibilité de la contester.

C'est par ailleurs toujours la diminution de la **capacité de gain** qui importe pour la caisse de pension et celle-ci évalue donc le degré d'invalidité uniquement sur la base de la comparaison des revenus.

Lorsque la caisse de pension donne, dans le domaine des prestations **surobligatoires, une autre définition** de l'invalidité **que la LPP,** elle évaluera l'invalidité sur la base de ses dispositions réglementaires pertinentes.

7.2 Rentes AI

1. Échelonnement et montant des rentes

a) Échelonnement des rentes

L'AI assure:

- une **rente entière** à partir d'un degré d'invalidité de 70% au moins;
- **trois quarts de rente** à partir d'un degré d'invalidité de 60%;
- une **demi-rente** à partir d'un degré d'invalidité de 50%;
- un **quart de rente** à partir d'un degré d'invalidité de 40%.

Pour l'évaluation du degré d'invalidité, voir chap. 7.1.

➔ *Art. 28, al. 2 LAI*

b) Rente complète ou rente partielle?

Le droit à une rente n'intervient en général que si la personne assurée a déjà versé des **cotisations AVS/AI au moins pendant trois ans lors de la survenance de l'invalidité** (c'est-à-dire après le délai d'attente d'un an, voir ch. 2a). En dépit de son invalidité, l'assuré n'a pas droit à l'indemnité si cette période minimale de cotisation n'a pas été effective.

7

Remarque: les périodes de cotisation, que des citoyens suisses ou des citoyens provenant d'États de l'Union européenne ou de l'AELE ont versées alors qu'ils se trouvaient dans l'un de ces États, sont comptabilisées dans la période minimale de cotisation.

Si l'assuré a cotisé à l'AVS/AI sans interruption depuis l'âge de 20 ans, il touchera en cas d'invalidité une **rente complète.** Les femmes mariées sans activité lucrative qui ont été exemptées du paiement des cotisations pendant la durée du mariage sont dans le même cas, ces années étant comptées comme années de cotisations.

Si l'assuré **n'a pas payé ses cotisations pendant certaines périodes,** il n'aura qu'une rente partielle, calculée en fonction des années de cotisations effectives.

Des lacunes dans les années de cotisations sont surtout le fait de personnes qui se sont établies à l'étranger et qui n'ont pas maintenu leur assurance AVS/AI sur une base volontaire, et d'étrangers qui ne sont arrivés en Suisse qu'après l'âge de 20 ans (voir plus loin ch. 4c).

➔ *Art. 36 LAI; art. 29bis LAVS*

c) Montant de la rente ordinaire

Le montant de la rente ordinaire, simple et complète s'élève à:

- **rente entière:** 1175 à 2350 francs
- **trois quarts de rente:** 881 à 1763 francs
- **demi-rente:** 588 à 1175 francs
- **quart de rente:** 294 à 588 francs

C'est le **revenu annuel moyen** acquis depuis l'âge de 20 ans et sur lequel des cotisations ont été prélevées, ainsi qu'une éventuelle bonification pour tâches éducatives ou d'assistance qui déterminent le montant de la rente entre le minimum et le maximum.

➔ *Art. 37 LAI; art. 30 ss LAVS; art. 34 LAVS*

d) Rentes pour enfants et plafonnement des rentes pour couples

L'homme et la femme invalides ont droit, pour chacun de leurs enfants, à une **rente pour enfant** dont le montant équivaut à 40% de leur rente. Cette rente est versée jusqu'à ce que l'enfant atteigne l'âge de 18 ans au moins. Si l'enfant poursuit des études ou un apprentissage, le droit à la rente dure jusqu'à la fin de la formation, mais au plus jusqu'à l'âge de 25 ans.

Les personnes mariées ont droit chacune à une rente individuelle. La somme des rentes d'un couple marié ne doit toutefois pas dépasser 3525 francs **(«plafonnement»).**

➔ *Art. 35 LAI; art. 35 LAVS*

e) Rentes extraordinaires

Les **personnes devenues invalides avant l'âge de 20 ans** ont droit à une rente extraordinaire d'invalidité. Leur rente se monte à 1567 francs (pour les rentes entières). La rente extraordinaire n'est toutefois versée que lorsque le ou la bénéficiaire a son domicile et séjourne en Suisse.

➔ *Art. 42 LAVS; art. 39 et 40 LAI*

2. Naissance du droit à la rente

a) Premier droit à la rente

Le droit à la rente prend naissance au plus tôt **à l'âge de 18 ans** révolus.

Le droit à la rente prend naissance **au plus tôt six mois après que l'assuré s'est annoncé à l'AI.**

L'assuré a droit à une rente quand il a présenté une incapacité de travail de 40% au moins **pendant une année** sans interruption notable (délai d'attente). Ce délai d'attente est interrompu (et recommence à zéro) dès qu'une personne est déclarée apte à travailler pour 30 jours pleins au moins.

Remarque: afin que le délai d'attente ne soit pas régulièrement interrompu en cas d'évolution irrégulière de la maladie (ce qui repousse indéfiniment le début du droit à la rente), il faut recommander au médecin, en cas de reprise aléatoire du travail, de qualifier celle-ci de **«tentative de reprise du travail»,** ou de n'ordonner qu'une reprise partielle du travail (à 80% p.ex.).

Remarque: même si le droit à la rente ne commence au plus tôt qu'au terme d'une année, il faut s'annoncer à l'AI plus rapidement, afin que les éventuelles mesures de réadaptation professionnelle puissent être examinées à temps (voir chap. 5.2 et chap. 6.6). Même si aucune mesure professionnelle n'est envisagée, la demande doit dans tous les cas être présentée à l'AI au plus tard au cours du sixième mois d'incapacité de travail.

➔ *Art. 28, al. 1 et art. 29 LAI*

b) Aggravation du degré d'invalidité

Si le degré d'invalidité s'aggrave (et que, par exemple, le bénéficiaire d'un quart de rente devienne invalide à plus de 50%, ou que le bénéficiaire d'une demi-rente devienne invalide à plus de 60%), la rente est augmentée en conséquence dès que ce changement s'est prolongé pendant trois mois. La demande de révision doit être adressée le plus rapidement possible à l'office AI.

➔ *Art. 87 et 88bis RAI*

c) Diminution du degré d'invalidité

Si le degré d'invalidité diminue considérablement pendant plus de trois mois (p.ex. de 55% à 45% ou à 35%), la rente est diminuée ou supprimée. La diminution ou suppression devient effective **le deuxième mois après la notification de la décision.** Au cas où le bénéficiaire de la rente aurait négligé une obligation d'annoncer (p.ex. en ne signalant pas une augmentation de revenu), la réduction ou la suppression peut avoir un effet rétroactif.

Si une rente est supprimée ou diminuée, parce qu'une personne a pu augmenter par elle-même son revenu ou parce que sa capacité de gain s'est améliorée après des mesures de reclassement, la réglementation suivante s'applique pendant une **période transitoire de trois ans:**

- Si, pendant la période transitoire, une nouvelle détérioration de la santé intervient et que le médecin traitant atteste une nouvelle incapacité de travail d'au moins 50% pendant plus de 30 jours, l'AI accorde sans délai une **prestation transitoire,** correspondant à la rente supprimée. Elle examine ensuite si l'état de santé s'est véritablement détérioré et, sur cette base, prend une nouvelle décision concernant la rente.
- Pendant la période transitoire, **la personne assurée reste assurée auprès de sa caisse de pension.** Cette dernière ne peut réduire la rente que dans la mesure où un nouveau revenu peut effectivement être obtenu. Pendant la période transitoire, et au cas où un nouvel employeur entrerait en jeu, il n'y aurait pas de nouveau rapport de prévoyance.

➔ *Art. 32 à 34 LA; art. 30, 31, 87 et 88bis RAI*

3. Réduction des rentes

Au cours des années précédentes, les rentes de l'AI étaient parfois réduites lorsqu'une personne avait causé ou aggravé son invalidité **par faute grave** (p.ex. cancer du poumon ou du larynx en rapport avec des années de **consommation de tabac**).

De telles réductions ne sont plus possibles. Comme auparavant, la rente peut cependant être réduite lorsqu'une personne a causé son invalidité en commettant un délit (conduite en état d'ébriété, p.ex.).

➔ *Art. 21, al. 1 LPGA*

4. Étrangers

a) Généralités

La situation juridique des étrangers dépend du groupe auquel ils appartiennent:

- Les **ressortissants d'États de l'UE ou de l'AELE.**
- Les ressortissants d'États avec lesquels la Suisse a conclu **des conventions de sécurité sociale:** Australie, Canada, Chili, Croatie, États-Unis, Inde, Israël, Japon, Macédoine, Philippines, Turquie et Uruguay. En ce qui concerne la Serbie, la Bosnie et le Monténégro, l'accord conclu par la Suisse avec l'ex-Yougoslavie est toujours en vigueur. Pour le Kosovo en revanche, l'accord n'est plus valable, la Suisse l'ayant dénoncé le 31 mars 2010.
  Remarque: les secrétariats de l'AI tiennent à disposition des feuilles de renseignements sur les points les plus importants des conventions avec chaque pays.
- Les ressortissants d'**autres pays.**
- Les **réfugiés** et les **apatrides:** pour eux, font foi les dispositions de l'arrêté fédéral concernant le statut des réfugiés et des apatrides dans l'AVS/AI.

b) Droit aux rentes ordinaires de l'AI

Les **ressortissants d'États de l'UE et de l'AELE** ont les mêmes droits que les citoyens suisses à une rente ordinaire. Ils obtiennent aussi une rente d'invalidité (au prorata de la durée pendant laquelle ils ont payé des cotisations en Suisse), si l'invalidité survient à un moment où ils ne sont plus domiciliés en Suisse. Les rentes sont également versées à l'étranger, même si le degré d'invalidité est inférieur à 50%.

Les ressortissants des pays ayant signé une convention avec la Suisse, ainsi que les réfugiés et les apatrides ont également droit à une rente ordinaire de l'AI, à l'instar des citoyens et des citoyennes suisses, au terme du délai d'attente d'une année (voir ch. 2) et qu'ils ont cotisé pendant la durée minimale de trois ans. Dans certains accords, il est toutefois exigé que les personnes concernées soient domiciliées en Suisse au moment où elles deviennent

invalides, et qu'elles y paient des cotisations. Dans ces cas, il est conseillé aux assurés de rester en Suisse pendant le délai d'attente d'une année, sans quoi ils risquent de perdre leur droit à une rente.

Si le ressortissant d'un de ces pays est au bénéfice d'une rente ordinaire, celle-ci peut aussi lui être versée lorsqu'il déménage à l'étranger, sauf si son degré d'invalidité est inférieur à 50%.

Les **ressortissants de pays avec lesquels n'existe aucune convention** reçoivent une rente ordinaire de l'AI s'ils sont assurés en Suisse lors de la survenance de l'invalidité et qu'ils ont déjà versé des cotisations AI/AVS pendant trois années entières au moins. Pour recevoir la rente, les bénéficiaires doivent toutefois avoir, au sens du droit civil, leur domicile en Suisse.

➔ *Art. 6 LAI; art. 28, al. 1ter LAI; arrêté fédéral concernant le statut des réfugiés et des apatrides dans l'AVS/AI*

d) Droit aux rentes extraordinaires de l'AI

Selon la loi, seuls ont droit à une rente extraordinaire de l'AI les étrangers et les apatrides qui ont bénéficié, lorsqu'ils étaient enfants, de mesures de réadaptation de l'AI en vertu de l'art. 9, al. 3 LAI.

En vertu de l'Accord sur la libre circulation des personnes conclu avec l'UE et de l'accord correspondant conclu avec l'AELE, les ressortissants des États de l'UE et de l'AELE ont cependant droit à une rente extraordinaire pour personnes devenues précocement invalides, aux mêmes conditions que les citoyens suisses. Cette égalité de traitement est aussi garantie dans d'autres accords d'assurance sociale, mais en général seulement après un séjour en Suisse de cinq ans sans interruption. Cette règle s'applique également aux réfugiés reconnus.

➔ *Art. 39 LAI*

7.3 Rentes d'invalidité des caisses de pension

1. Protection d'assurance

a) Assurance obligatoire

Tous les salariés et salariées qui touchent un salaire de **21 150 francs** par année au moins doivent obligatoirement être assurés par leur employeur en vertu de la LPP.

Exceptions:

- les travailleurs et travailleuses soumis à un contrat de travail **limité** à trois mois au plus n'ont pas besoin d'être assurés;
- les bénéficiaires d'un **quart de rente de l'AI** doivent être assurés dès un salaire de 15 863 francs; les bénéficiaires d'une **demi-rente AI** doivent être assurés dès un salaire de 10 575 francs; les bénéficiaires de **trois quarts de rente** doivent être assurés dès un salaire de 5288 francs; les bénéficiaires d'une **rente entière** ne sont en revanche pas soumis à l'obligation de s'assurer.

De même, tous les **chômeurs** qui touchent une **indemnité journalière** s'élevant au moins à 21 150 francs par année doivent obligatoirement être assurés, mais uniquement contre les risques de décès et d'invalidité.

➔ *Art. 2 LPP; art. 1, al. 4 OPP 2*

b) Couverture d'assurance dans le domaine surobligatoire

Les caisses de pension sont libres d'étendre la protection de l'assurance au-delà du cadre de l'obligation légale (se référer aux éventuelles dispositions des **règlements**). Diverses caisses de pension prévoient d'étendre l'assurance à des salariés gagnant moins, notamment des personnes travaillant à temps partiel.

c) Réserves

Les caisses de pension ne peuvent formuler des réserves que si elles étendent la protection de l'assurance au-delà de l'obligation légale (et que leurs prestations pour la vieillesse, le décès et l'invalidité dépassent donc le minimum légal). La loi prévoit une possibilité de réserve de 5 ans au maximum. Les règlements des caisses de pension peuvent contenir des dispositions différentes. En outre, la Loi sur le libre passage ne permet pas, en cas de changement d'emploi, que la prévoyance du risque rachetée soit restreinte par de nouvelles réserves.

Dans le cadre de la **prévoyance professionnelle obligatoire,** les réserves ne sont **pas valables.**

➔ *Art. 331c CO, art. 14 Loi sur le libre passage*

d) Durée de la couverture d'assurance

La couverture d'assurance **commence** dès le premier jour de travail. Elle **cesse** le dernier jour de travail ou lorsque le salaire minimum n'est plus atteint. La personne concernée reste assurée auprès de l'ancienne institution de prévoyance pour les risques de décès et d'invalidité **pendant un mois** après la dissolution des rapports de travail, si elle n'est pas assurée auprès d'un nouvel employeur ou au titre de chômeur.

➔ *Art. 10 LPP*

e) Maintien de la couverture d'assurance

Les personnes bien portantes qui ne reprennent pas un emploi après la résiliation de leur dernier contrat de travail devraient s'enquérir des possibilités qui leur sont offertes pour **continuer à couvrir les risques de décès et d'invalidité.** Voici quelques solutions envisageables:

- maintien de la couverture d'assurance auprès de **leur caisse de pension,** dans la mesure où le règlement de cette dernière prévoit une telle éventualité;

- maintien de la couverture d'assurance dans le cadre d'une **police de libre passage** (ou une assurance complémentaire sur un compte de libre passage); il n'est toutefois pas facile de trouver une compagnie d'assurance qui soit prête, en cas de problèmes de santé, à maintenir la couverture d'assurance sans émettre des réserves;
- maintien de la couverture d'assurance dans le cadre d'un **rachat** (seulement dans le cas de prestations obligatoires selon la LPP). Dans ce cas, des cotisations devront également être versées pour la prévoyance vieillesse.

➔ *Art. 10 et 11 de l'Ordonnance sur le libre passage*

2. Quand a-t-on droit à une rente d'invalidité de la caisse de pension?

a) Principe

Ont droit à une rente d'invalidité de la caisse de pension les personnes qui **étaient assurées au moment où est survenue l'incapacité de travail,** si celle-ci se prolonge sans interruption notable et conduit finalement à une invalidité.

Remarque: il est souvent difficile de déterminer quand a commencé l'incapacité de travail déterminante de 20% au moins et quelle est la caisse de pension tenue de verser des prestations. Si cette question fait l'objet d'une controverse entre les caisses de pension éventuellement concernées, c'est l'institution de prévoyance par laquelle la personne était assurée en dernier qui est **tenue de fournir la prestation.**

➔ *Art. 23 et art. 26, al. 4 LPP*

b) Invalidité

Sur la **notion d'invalidité** dans le 2e pilier, voir chap. 7.1, ch. 1d.
Sur l'**évaluation de l'invalidité** dans le 2e pilier, voir chap. 7.1, ch. 2e.

La première révision de la LPP a introduit les **quatre types de rentes** de l'AI dans l'assurance LPP obligatoire: rente entière si l'invalidité est de 70% au moins; trois quarts de rente si l'invalidité est de 60% au moins; demi-rente si l'invalidité est de 50% au moins et quart de rente si l'invalidité est de 40% au moins. Ce nouveau système ne s'appliquera toutefois qu'aux personnes qui sont devenues invalides après le 1er janvier 2005. Pour les personnes dont l'invalidité est survenue avant cette date, les anciennes dispositions de la LPP prévoient un droit légal aux prestations d'invalidité sur la prévoyance professionnelle à partir d'une invalidité de 50% au moins.

De nombreuses caisses de pension vont plus loin dans leur **règlement,** et accordent des rentes d'invalidité à partir d'un degré d'invalidité de 25%. Il faut donc consulter le règlement de sa caisse!

➔ *Art. 24 LPP*

c) Début du droit à la rente

Que ce soit dans la LPP ou dans les dispositions sur l'AI, le droit à une rente d'invalidité ne prend naissance que lorsque l'assuré a présenté une incapacité de travail **pendant une année sans interruption notable.** Une interruption notable intervient lorsque l'assuré a pu travailler à plein temps pendant une certaine période (en règle générale trois mois au moins), que ce soit dans la même activité qu'auparavant ou dans une autre activité adaptée. La jurisprudence a établi que la décision de l'AI sur le début du droit à la rente est déterminante pour les caisses de pension, sauf si la décision de l'AI n'a pas été portée à la connaissance de la caisse de pension ou si celle-ci a pu prouver que la décision de l'AI était manifestement erronée.

Remarque: une interruption de l'incapacité de travail peut avoir des conséquences graves pour la couverture d'assurance: si, au moment de la nouvelle incapacité de travail, la personne n'est plus assurée (p.ex. parce que son dernier contrat de travail a été résilié entre-temps), elle n'a plus droit à une rente d'invalidité auprès de la caisse de pension de son ancien employeur!

En cas de reprise aléatoire du travail, il est donc recommandé aux médecins de qualifier cette reprise de «tentative de reprise du travail» ou, plus prudemment, de n'attester qu'une capacité de gain réduite (à 80% p.ex.).

Dans leurs **règlements,** les caisses de pension peuvent **raccourcir** le délai d'attente jusqu'au début du droit à la rente (c'est rarement le cas). Elles peuvent aussi **différer** le droit aux prestations d'invalidité jusqu'à épuisement des indemnités journalières de l'assurance-maladie. Mais dans ce cas, il faut que l'assuré reçoive des indemnités journalières équivalant à 80% au moins du salaire dont il est privé, et il faut que l'assurance d'indemnités journalières soit toujours financée au moins à moitié par l'employeur, ce qui n'est pas le cas quand l'assuré a dû passer dans l'assurance individuelle.

➔ *Art. 26 LPP; art. 27 OPP 2*

d) Étrangers

Les étrangers et les étrangères ont les mêmes droits que les Suisses et les Suissesses en ce qui concerne les caisses de pension. Les rentes sont aussi versées à l'étranger, sans considération de la nationalité du bénéficiaire.

3. Montant des rentes d'invalidité

a) Prestations obligatoires selon la LPP

Si la caisse de pension assure simplement les prestations à leur minimum légal, la rente se calcule ainsi: on prend d'abord l'avoir de vieillesse acquis par l'assuré jusqu'au moment de l'invalidité, puis on ajoute la somme des bonifications de vieillesse fixées par la loi pour les années futures jusqu'à l'âge de l'AVS (sans les intérêts). Cela donne la **bonification de vieillesse** déterminante pour le calcul de la rente AI. La rente annuelle correspond à un certain pourcentage de cette somme, soit 6,8%.

Il existe aussi un droit à une **rente complémentaire** équivalant à 20% de sa propre rente **pour chaque enfant** qui, en cas de décès, aurait droit à une rente d'orphelin.

➔ *Art. 24, al. 2 et art. 25 LPP*

b) Couverture d'assurance dans le domaine surobligatoire

Les caisses de pension assurent souvent des rentes d'invalidité qui vont au-delà du minimum légal. Auprès de certaines caisses de pension (appelées caisses en primauté de prestations), la rente d'invalidité équivaut à un pourcentage du salaire assuré de la personne concernée. Le **règlement** fait foi.

Les prestations figurent en général dans le **certificat d'assurance** que la plupart des caisses de pension remettent chaque année à l'assuré. Les employeurs et les caisses de pension sont soumis à une obligation très large d'informer. Sur demande, ils doivent remettre à l'assuré le règlement, ainsi que le certificat d'assurance. S'ils ne le font pas, il est recommandé de s'adresser à l'instance cantonale de surveillance.

c) Réduction de la rente

Les caisses de pension peuvent prévoir dans leur règlement une réduction de la rente d'invalidité si, ajoutée à d'autres revenus à prendre en compte, elle dépasse 90% du gain annuel dont on peut présumer que l'intéressé est privé de par son invalidité. Sont considérés comme des revenus à prendre en compte les rentes ou les prestations en capital, ainsi que les revenus provenant d'une activité lucrative de l'assuré invalide, qu'il a réellement effectuée ou que, selon toute vraisemblance, il pourra effectuer, mais pas les allocations pour impotence.

➔ *Art. 24 OPP 2*

7.4 Prestations complémentaires

1. Conditions personnelles

a) Qui peut toucher des prestations complémentaires?

Ont droit aux prestations complémentaires:

- les **bénéficiaires d'une rente AVS/AI** ou les personnes qui auraient droit à une telle rente si elles avaient cotisé à l'assurance pendant une période minimale déterminée (p.ex. un citoyen suisse souffrant d'une incapacité de travail de 50% qui n'a jamais cotisé en Suisse et qui est rentré dans son pays après la survenance de l'invalidité). Les femmes qui touchent une rente complémentaire AVS pour épouse;
- les **bénéficiaires de l'allocation pour impotence de l'AI;**
- les **bénéficiaires d'une indemnité journalière de l'AI,** s'ils l'ont reçue pendant six mois au moins.

➔ *Art. 4, al. 1 LPC*

b) Domicile et séjour en Suisse

Ne peuvent toucher les prestations complémentaires que les personnes qui ont leur domicile et séjournent en Suisse.

Chaque conjoint peut établir son propre **domicile** indépendant. Les enfants de parents séparés ont leur domicile auprès de celui des parents qui détient le droit de garde.

Le **séjour** en Suisse n'est pas interrompu par des séjours à l'étranger allant jusqu'à trois mois.

c) Étrangers

Ils ont droit aux prestations complémentaires s'ils ont habité en Suisse d'une manière ininterrompue **pendant dix ans** au moment de leur demande (réfugiés: cinq ans). Des séjours à l'étranger jusqu'à trois mois ne portent pas à conséquence. En outre, les étrangers ne bénéficient de prestations complémentaires que s'ils perçoivent réellement une rente AVS/AI, une allocation de l'AI pour impotence ou une allocation journalière de l'AI.

Remarque: l'entrée en vigueur de l'Accord sur la libre circulation des personnes passé entre la Suisse et l'Union européenne a supprimé le temps de carence de dix ans pour les ressortissants des États de l'Union européenne ayant leur domicile en Suisse et y séjournant habituellement.

Ont également droit aux prestations complémentaires les étrangers qui auraient droit à une rente extraordinaire de l'AVS/AI sur la base d'une **convention de sécurité sociale.** Ces prestations sont toutefois limitées au montant de la rente extraordinaire (au maximum 1175 francs par mois pour les personnes seules) si le délai d'attente de dix ans ne s'est pas écoulé.

➔ *Art. 5 LPC*

2. Calcul des prestations complémentaires annuelles

a) Principe du calcul

Les prestations complémentaires sont des **prestations liées à un besoin:** y ont droit les assurés dont le revenu déterminant (voir ci-après lettre b) ne couvre pas les frais pris en considération par la loi (voir ci-après lettre c). Le montant des prestations complémentaires correspond à la **différence** entre le revenu déterminant et les frais pris en considération.

Dans le calcul des prestations complémentaires, les **couples** sont considérés comme une unité économique: les revenus et les frais des deux conjoints sont pris en considération. Quand un couple est séparé, ou quand les conjoints vivent séparément depuis longtemps, chaque conjoint est considéré comme vivant seul.

Dans le cas de couples dont l'un ou les deux conjoints vivent **dans un home ou dans un hôpital,** les prestations complémentaires annuelles sont calculées séparément pour chacun des conjoints, à qui l'on attribue dans ce cas la moitié du revenu déterminant et de la fortune du couple.

Les dépenses prises en considération et les revenus déterminants d'**enfants** pour lesquels les parents reçoivent une rente pour enfant sont additionnés aux dépenses et aux revenus des parents.

➔ *Art. 9, al. 1 à 4 LPC; art. 1a à 1d OPC*

b) Revenu déterminant

Sont **comptés pleinement** dans le revenu:

- les rentes et indemnités journalières;
- le produit de la fortune (p.ex. loyers, valeur locative de son logement en propriété, intérêts de l'épargne);
- une part de la fortune (un quinzième pour les rentiers de l'AI, un dixième pour les rentiers de l'AVS, et dans la plupart des cantons un cinquième pour les rentiers de l'AVS dans des homes), dans la mesure où elle dépasse 37 500 francs pour les personnes seules, 60 000 francs pour les couples, plus 15 000 francs pour chaque enfant; pour les **immeubles** habités par l'assuré, seule la fortune immobilière qui dépasse 112 500 francs entre en ligne de compte. Ce montant peut aller jusqu'à 300 000 francs si une personne seule touche une allocation pour impotence ou si, dans un couple, le conjoint vit dans un home;
- les allocations familiales;
- les pensions alimentaires.

Le revenu provenant d'une activité lucrative **est compté partiellement:** les deux tiers du revenu sont pris en compte, après en avoir déduit les frais nécessaires à son obtention, et un montant global de 1000 francs par an pour les personnes seules et de 1500 francs pour les couples.

Pour les bénéficiaires d'une rente AI pour un degré d'invalidité de 40% à 69%, on calcule un **revenu raisonnable,** si ces bénéficiaires n'ont pas pu apporter la preuve que, malgré des recherches intensives, ils n'ont pas trouvé d'emploi:

- 25 720 francs par an, pour un degré d'invalidité de 40% à 49%
- 19 290 francs par an, pour un degré d'invalidité de 50% à 59%
- 12 860 francs par an, pour un degré d'invalidité de 60% à 69%

Ne font pas partie du revenu déterminant les aides des proches, les prestations de l'assistance publique, les bourses d'études et les allocations pour impotence.

➔ *Art. 11 LPC; art. 11 à 15 et 17 à 18 OPC*

c) Frais pris en considération

Voici les frais qui sont pris en considération:

- Un **montant pour les frais d'entretien général** lequel s'élève à 19 290 francs par an pour les personnes seules, et à 28 935 francs par an pour les couples. À ce montant s'ajoutent 10 080 francs par an pour chaque enfant pour lequel les parents reçoivent une rente pour enfant de l'AVS/AI. Pour le troisième et le quatrième enfant, on ajoute deux tiers de ce montant et encore un tiers à partir du cinquième enfant. Le montant de 10 080 francs est également déterminant pour les prestations complémentaires pour orphelins.
- Le **loyer brut** (loyer y compris les charges) du logement, mais au maximum 13 200 francs par an pour les personnes seules et 15 000 francs par an pour les couples et pour les personnes ayant des enfants à charge. Les propriétaires peuvent compter la valeur locative de leur propre logement jusqu'à ces mêmes montants, ainsi qu'un forfait annuel de 1680 francs pour les charges.
- Un montant annuel forfaitaire qui correspond à la **prime moyenne** de l'assurance obligatoire des soins dans le canton de domicile (y compris la couverture des accidents).
- Les cotisations des **assurances sociales** de la Confédération.
- Les **frais d'entretien de bâtiments** et les **intérêts hypothécaires,** jusqu'à concurrence du rendement brut (intérêts, valeur locative) de l'immeuble.
- Les pensions alimentaires versées au titre du **droit de la famille.**

➔ *Art. 10, al. 1 et 3 LPC; art. 16 OPC*

d) Calcul spécial pour les pensionnaires de homes

Pour les personnes qui séjournent de façon durable dans un home ou un hôpital, il existe des dispositions spéciales: à la place du loyer et du montant pour l'entretien général, il faut compter les **frais du home ou de l'établissement hospitalier,** et un **montant** à disposition des pensionnaires **pour leurs dépenses personnelles.** Les cantons peuvent fixer des limites pour les frais à prendre en considération. Les cantons fixent aussi le montant laissé à la disposition des pensionnaires pour leurs dépenses personnelles. Ce montant varie d'un canton à l'autre et peut aller de 200 francs à 550 francs par mois.

➔ *Art. 10, al. 2 LPC*

3. Remboursement des frais liés à la maladie et à l'invalidité

a) Principe

Les bénéficiaires de prestations complémentaires annuelles ont droit au remboursement des frais liés à la maladie et à l'invalidité qui surviennent irrégulièrement et qui ne sont pas couverts par une autre assurance.

La limite des remboursements annuels est fixée à 25 000 francs pour les personnes seules et pour les époux des pensionnaires d'un home et à 50 000 francs pour les couples. Pour les pensionnaires d'un home, cette limite est fixée à 6000 francs par an.

Les bénéficiaires d'une **allocation pour impotence moyenne ou grave** peuvent même se faire rembourser un montant maximal de 60 000 francs (impotence moyenne) ou de 90 000 francs (impotence grave) pour les soins et l'accompagnement. Ces montants augmentent en conséquence pour les couples dont les deux époux souffrent d'une impotence moyenne ou grave.

➔ *Art. 14, al. 3 à 6 LPC*

b) Frais pris en considération

Voici les différents frais qui seront remboursés:

- les **soins dentaires;**
- l'**aide, les soins et l'encadrement à domicile, ainsi que dans des structures de jour** (voir sous chap. 3.5);
- les **cures de convalescence** et les **cures thermales** prescrites par le médecin;
- les **régimes alimentaires;**
- le **transport** jusqu'à l'établissement de traitement le plus proche;
- les **moyens auxiliaires** (voir notamment sous chap. 4.2, ch. 4);
- la **participation aux frais** (franchise, quote-part) due à l'assurance dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins.

Depuis le 1er janvier 2008 (entrée en vigueur de la RPT), les **cantons** déterminent au cas par cas quels sont les frais qu'ils remboursent, et à quelles conditions.

➔ *Art. 14, al. 1 LPC*

4. Procédure

a) Demande

Quiconque veut faire valoir son droit à une prestation complémentaire doit adresser une demande au **service communal** compétent (dans la plupart des cantons, il s'agit de l'agence communale de l'AVS; renseignements auprès de l'administration communale).

La demande doit être faite à temps, car en principe le **paiement rétroactif** des prestations complémentaires n'est pas possible. **Exception:** si la demande de prestations complémentaires est faite dans les six mois à compter de la notification d'une décision de rente de l'AVS/AI, les prestations complémentaires sont comptées rétroactivement depuis le mois au

cours duquel la formule de demande de rente a été déposée (mais au plus tôt dès le début du droit à la rente).

➔ *Art. 20 à 22 OPC*

b) Fixation des prestations complémentaires

Les prestations complémentaires annuelles sont calculées en fonction des **dépenses prévisibles** et versées mensuellement.

Pour faire valoir son droit au remboursement des dépenses imprévisibles (frais liés à la maladie et à l'invalidité), l'assuré les communiquera périodiquement, avec les pièces justificatives, dans un délai maximal de 15 mois après leur facturation.

c) Adaptation des prestations complémentaires

Les prestations complémentaires sont recalculées en général au début de l'année. Les bénéficiaires de ce type de prestations sont tenus d'**annoncer** sans délai, tout au long de l'année, les modifications importantes qui pourraient intervenir dans leur situation personnelle, leurs revenus ou leurs dépenses, pour que les prestations complémentaires puissent être adaptées en conséquence. L'assuré qui omet d'annoncer de telles modifications risque de **devoir restituer** les prestations non dues.

➔ *Art. 25 et 27 OPC*

5. Règlements cantonaux et communaux

Quelques cantons accordent des prestations supplémentaires qui vont au-delà des prestations complémentaires fixées dans la législation fédérale. Certaines communes complètent ces prestations par des prestations supplémentaires.

Il n'est pas possible de décrire ici ces règles cantonales et communales. On peut se renseigner auprès des **caisses cantonales de compensation,** ou auprès du **service communal compétent** (généralement l'agence communale de l'AVS).

8. Droits des survivants

8.1 Rentes de veuves, de veufs et d'orphelins de l'AVS

8.2 Rentes de survivants versées par les caisses de pension

8.3 Prestations complémentaires

8.1 Rentes de veuves, de veufs et d'orphelins de l'AVS

1. Rentes de veuves

a) Principe

Les **veuves** ont droit à une rente de veuve de l'AVS lorsque, au moment du décès du conjoint:

- elles ont **un ou plusieurs enfants** (ou que des enfants recueillis vivent dans le ménage qui en a assumé gratuitement et de manière durable les frais d'entretien et d'éducation);
- elles ont **45 ans révolus** et ont été **mariées pendant cinq ans** au moins (si une veuve a été mariée plusieurs fois, c'est la durée totale de mariage qui est prise en compte).

➔ *Art. 23 et 24 LAVS; art. 46 RAVS*

b) Femmes divorcées

La **femme divorcée** est assimilée à la veuve en cas de décès de son ancien mari, dans les conditions suivantes:

- elle a un ou plusieurs enfants et son mariage a duré dix ans au moins;
- son mariage a duré dix ans au moins et elle avait 45 ans révolus au moment du divorce;
- le cadet des enfants a atteint l'âge de 18 ans après que la femme divorcée a atteint l'âge de 45 ans.

Lorsqu'elle ne remplit aucune de ces conditions, la femme divorcée ne reçoit une rente de veuve que dans la mesure où elle a des enfants de moins de 18 ans.

➔ *Art. 24a LAVS*

c) Montant de la rente de veuve

La rente de veuve s'élève à 80% de la rente de vieillesse simple. Elle se situe donc, si l'assuré n'a pas de lacunes dans ses années de cotisations et selon le revenu annuel moyen, entre 940 francs et 1880 francs. Le calcul de la rente de veuve se fonde uniquement sur le revenu (non divisé) de la personne décédée, ainsi que sur le bonus éducatif.

➔ *Art. 33 LAVS*

d) Extinction du droit à la rente

À l'âge de 64 ans, la rente de veuve est **remplacée** par une rente de vieillesse ordinaire si celle-ci est plus élevée.

Le droit à la rente de veuve **s'éteint** en cas de remariage, mais il est rétabli en cas de dissolution du nouveau mariage, si celui-ci a duré moins de dix ans.

➔ *Art. 23, al. 4 et 5; art. 24b LAVS; art. 46 RAVS*

2. Rentes de veufs

Les **veufs** ont droit à une rente de veuf pour autant qu'ils aient des enfants au moment du décès de l'épouse.

L'**homme divorcé** est assimilé au veuf.

Le droit à la rente de veuf **s'éteint** dans tous les cas (contrairement à celui à la rente de veuve) lorsque le dernier enfant du veuf atteint l'âge de 18 ans.

➔ *Art. 23 et 24 LAVS*

3. Rentes d'orphelins

a) Principe

Les orphelins ont droit, à la mort de leur **père** ou de leur **mère,** à une **rente d'orphelin.** Le droit s'éteint à l'âge de 18 ans révolus, sauf pour les enfants qui font encore un apprentissage ou des études. Dans ce cas, la rente est prolongée jusqu'à la fin de la formation, mais au plus tard jusqu'à l'âge de 25 ans révolus.

Les enfants dont les deux parents sont décédés ont droit à **deux rentes d'orphelin.**

➔ *Art. 25 LAVS*

b) Montant de la rente d'orphelin

Le montant de la rente d'orphelin s'élève à 40% de la rente de vieillesse. Ce qui signifie un montant se situant entre 470 francs et 940 francs, si le parent décédé ne présente aucune lacune dans ses années de cotisations et selon le revenu annuel moyen imputable. Le revenu déterminant est le revenu moyen du parent décédé.

La rente d'orphelin des enfants qui avaient un rapport de filiation **avec le parent décédé seulement** s'élève à 60% de la rente de vieillesse correspondant au revenu annuel moyen déterminant (de 705 francs à 1410 francs).

➔ *Art. 37 LAVS*

8.2 Rentes de survivants versées par les caisses de pension

1. Généralités

a) Droit aux prestations

Les survivants peuvent faire valoir leur droit aux prestations:

- si le défunt était assuré auprès d'une caisse de pension au moment de son décès (voir chap. 7.3, ch. 1);
- ou si le défunt recevait déjà au moment de son décès une rente de vieillesse ou d'invalidité de la caisse de pension.

➔ *Art. 18 LPP*

b) Prestations de l'assurance

Les caisses de pension sont libres de prévoir dans leur règlement les prestations minimales selon la loi **(prévoyance LPP)** ou de prévoir des prestations supérieures au minimum légal **(prévoyance surobligatoire).**

C'est donc le **règlement** en vigueur au moment du décès qui fait foi. Les prestations figurent dans le **certificat d'assurance,** en principe remis chaque année. L'employeur et la caisse de pension sont soumis à une **obligation d'informer.** Sur demande, ils doivent remettre aussi bien le règlement que le certificat d'assurance. S'ils ne le font pas, il est recommandé de s'adresser à l'autorité de surveillance cantonale.

2. Rentes de veuves

a) Droit à la rente selon la LPP

Les **veuves** ont droit à une rente de veuve au sens de la LPP si, au moment du veuvage:

- elles ont un ou plusieurs enfants à charge;
- elles ont atteint l'âge de 45 ans et le mariage a duré au moins cinq ans.

La **femme divorcée** est assimilée à une veuve en cas de décès de son ancien mari, si le mariage a duré dix ans au moins et si elle a bénéficié, en vertu du jugement de divorce, d'une rente ou d'une indemnité en capital à la place d'une rente viagère. Si la rente de veuve, ajoutée aux prestations de l'AVS ou de l'AI, dépasse le montant des prétentions découlant du jugement de divorce, elle peut être **réduite** du montant correspondant.

La rente de veuve équivaut selon la LPP à **60% de la rente d'invalidité** à laquelle le défunt aurait eu droit en cas d'invalidité (voir chap. 7.3, ch. 2).

Le droit à la rente de veuve selon les dispositions de la LPP **s'éteint** au **remariage** ou au **décès** de la veuve.

➔ *Art. 19 et 22 LPP; art. 20 OPP 2*

b) Prestations surobligatoires

Si une caisse de pension fournit des prestations supérieures au minimum légal, elle est libre de fixer à son gré les conditions du droit à la rente de veuve, ainsi que le montant de celle-ci. Ce montant peut, p.ex., correspondre à un pourcentage du salaire assuré du défunt, dans les caisses en primauté de prestations. Se référer au règlement de la caisse.

3. Allocation de veuves

a) Droit à l'allocation selon la LPP

Si une veuve ne réunit pas les conditions pour l'obtention d'une rente de veuve (veuve de moins de 45 ans sans enfant, p.ex.), elle a droit à une allocation unique correspondant au montant de **trois ans de rentes.**

➔ *Art. 19, al. 2 LPP*

b) Prestations surobligatoires

Les caisses sont libres d'accorder des allocations de veuves découlant des droits allant au-delà des prestations obligatoires de la LPP. Le règlement de la caisse est déterminant en la matière.

4. Rentes de veufs

a) Droit à la rente selon la LPP

Avec l'entrée en vigueur de la première révision de la LPP, les hommes devenus **veufs** après le 1er janvier 2005 ont droit aux mêmes prestations de la LPP que les veuves, moyennant les mêmes conditions.

b) Prestations surobligatoires

De nombreuses caisses de pension vont aujourd'hui plus loin, et accordent des rentes et des allocations aux veufs (comme aux veuves) qui vont au-delà des prestations prévues par la LPP. Le règlement de chaque caisse est déterminant en la matière.

5. Rentes d'orphelins

a) Droit à la rente selon la LPP

Les orphelins reçoivent au décès du **père** ou de la **mère** une rente d'orphelin. Le droit s'éteint à l'**âge de 18 ans** révolus. Cependant, il se prolonge jusqu'à l'**âge de 25 ans** révolus au maximum pour les enfants en formation.

Le **montant** de la rente d'orphelin correspond à 20% de la rente d'invalide à laquelle le père décédé ou la mère décédée aurait eu droit en cas d'invalidité (voir chap. 7.3, ch. 2).

➔ *Art. 20 à 22 LPP*

b) Prestations surobligatoires

De nombreuses caisses de pension vont au-delà du minimum légal et accordent des **rentes d'orphelins plus élevées:** pour les caisses en primauté de prestations, les rentes correspondent à un pourcentage du salaire assuré du défunt. Le règlement de la caisse fait foi.

Les caisses de pension peuvent aussi décider de **réduire** les prestations aux survivants, si elles dépassent, ajoutées à d'autres revenus déterminants, 90% de la perte de gain présumée due au décès.

➔ *Art. 24 OPP 2*

6. Indemnité en cas de décès

a) Droit à une indemnité selon la LPP

En cas de décès d'un assuré qui ne laisse ni veuve, ni orphelin, la LPP prévoit que tout son avoir est dévolu à la caisse. La loi **ne prévoit pas** d'indemnité en cas de décès.

b) Prestations surobligatoires

De nombreuses caisses de pension prévoient dans leur règlement qu'en l'absence de veuve, de veuf ou d'orphelin, une indemnité en cas de décès est versée.

À son article 20a, la LPP indique pour quelles personnes le **règlement** de l'institution de prévoyance peut **prévoir des prestations,** en l'absence de conjoint survivant ou d'orphelin. Il s'agit en premier lieu des personnes qui étaient à la charge du défunt, ou de la personne qui a formé avec ce dernier une communauté de vie ininterrompue d'au moins cinq ans ou qui doit subvenir à l'entretien d'un ou de plusieurs enfants communs. À défaut de ces bénéficiaires, ce sont ensuite les enfants du défunt, les parents ou les frères et sœurs. Enfin, en l'absence de tels parents proches, le règlement peut prévoir d'accorder des prestations aux autres héritiers légaux, moyennant toutefois certaines restrictions.

➔ *Art. 20a LPP*

8.3 Prestations complémentaires

1. Droit aux prestations

Les **veuves,** les **veufs** et les **orphelins** qui bénéficient d'une rente de survivants de l'AVS ont droit à des prestations complémentaires si la rente AVS, la rente du 2e pilier et d'autres sources de revenu ne couvrent pas le minimum vital défini par la loi fédérale.

Pour les autres conditions personnelles qui doivent être réunies, se référer au chap. 7.4.

➔ *Art. 2 et 2b LPC; art. 4 OPC*

2. Calcul

Pour le calcul des prestations complémentaires, les règles sont les mêmes que celles qui s'appliquent aux bénéficiaires d'une rente d'invalidité (voir chap. 7.4).

Pour les veuves non invalides qui n'ont pas d'enfants mineurs, le **revenu provenant d'une activité lucrative** pris en compte correspond au moins à:

- 38 580 francs jusqu'à 40 ans révolus;
- 19 290 francs entre la 41e et la 50e année;
- 12 860 francs entre la 51e et la 60e année.

Au cas où la veuve réalise un revenu inférieur aux montants qui précèdent, elle doit apporter la preuve qu'elle ne parvient pas à gagner un tel gain malgré tous les efforts qu'on peut raisonnablement attendre d'elle. À cette condition seulement, on pourra renoncer à prendre en compte ce revenu minimal.

➔ *Art. 14b OPC*

9. Annexe

9.1 Adresses utiles

9.2 Organes AVS/AI/PC

9.3 Lois, directives, mémentos

9.1 Adresses utiles

Services juridiques pour handicapés

Service juridique Inclusion Handicap

Bureau de la Suisse romande
Place Grand-St-Jean 1, 1003 Lausanne, tél. 021 323 33 52

Bureau Zurich
Grütlistrasse 20, 8002 Zurich, tél. 044 201 58 28

Bureau Berne
Mühlemattstrasse 14a, 3007 Berne, tél. 031 370 08 35

Consulenza Giuridica Andicap
Via Linoleum 7, casella postale 834, 6512 Giubiasco, tél. 091 850 90 20

Associations du diabète

Association suisse du diabète
Rütistrasse 3a, 5400 Baden, tél. 056 200 17 90, fax 056 200 17 95
courriel: sekretariat@diabetesgesellschaft.ch, www.diabetesuisse.ch
CP 80-9730-7

Association argovienne du diabète
Kantonsspital/Haus 16, 5000 Aarau, tél. 062 824 72 01, fax 062 824 72 58
courriel: info@diabetesaargau.ch
CP 50-8217-9

Association du diabète pour la région bâloise
Mittlere Strasse 35, 4056 Bâle, tél. 061 261 03 87, fax 061 261 04 43
courriel: info@diabetesbasel.ch
CP 40-25186-4

Association bernoise du diabète
Swiss Post Box: 101565, Helvetiaplatz 1, 3005 Bern
courriel: info@diabetesbern.ch
CP 30-20559-2

Consultations Diabète Bienne
Bahnhofstrasse 7, 2502 Biel-Bienne, tél. 031 365 00 80, fax 031 365 00 22
courriel: info@diabetebienne.ch

diabètefribourg
Route St-Nicolas-de-Flüe 2, case postale 96, 1705 Fribourg
tél. 026 426 02 80, fax 026 426 02 88
courriel: info@diabetefribourg.ch, www.diabetefribourg.ch
CP 17-8998-4

Association genevoise des diabétiques
Avenue du Cardinal-Mermillod 36, 1227 Carouge, tél. 022 329 17 77, fax 022 329 17 78
courriel: info@diabete-geneve.ch
CP 12-12704-6

Association glaronnaise, grisonne et liechtensteinoise du diabète
Steinbockstrasse 2, case postale, 7001 Coire, tél. 081 253 50 40, fax 081 253 57 40
courriel: info@dggr.ch
CP 70-8208-3

Association jurassienne des diabétiques
Case postale 6, 2854 Bassecourt, tél. 032 422 72 07
courriel: info@diabetejura.ch
CP 25-15208-4

Association des diabétiques du Jura bernois
Case postale 4, 2610 St-Imier, tél. 032 940 13 25
courriel: jura-bernois@associationdudiabete.ch
CP 23-162-3

Association haut-valaisanne du diabète
Kantonsstrasse 4, 3930 Viège, tél. 027 946 24 52, fax 027 946 24 53
courriel: info@diabetesoberwallis.ch
Banque cantonale du Valais Sion, IBAN CH95 0076 5000 E083 1659 2

Association neuchâteloise des diabétiques
Rue de la Paix 75, 2301 La Chaux-de-Fonds, tél. 032 913 13 55, fax 032 913 13 55
courriel: info@andd.ch
CP 23-5111-1

Association du diabète pour la Suisse orientale
Neugasse 55, 9000 Saint-Gall, tél. 071 223 67 67, fax 071 223 58 92
courriel: info@odgsg.ch
CP 90-5565-9

Association schaffhousoise du diabète
Vordergasse 32/34, case postale 311, 8201 Schaffhouse, tél. 052 625 01 45, fax 052 625 01 46
courriel: info@diabetes-sh.ch
CP 82-3866-9

Association soleuroise du diabète
Solothurnerstrasse 7, 4600 Olten, tél. 062 296 80 82, fax 062 296 80 83
courriel: info@diabetessolothurn.ch
CP 46-850-1

Association tessinoise du diabète
Via Motto di Mornera 4, 6500 Bellinzone, tél. 091 826 26 78, fax 091 826 34 48
courriel: info@diabeteticino.ch
CP 65-1496-6

Association valaisanne du diabète
Rue des Condémines 16, case postale 9, 1950 Sion, tél. 027 322 99 72, fax 027 322 82 52
courriel: info@avsd.ch
CP 19-3979-4

Association vaudoise du diabète
Av. de Provence 12, 1007 Lausanne, tél. 021 657 19 20, fax 021 657 19 21
courriel: info@diabete-vaud.ch
CP 10-20353-9

Association du diabète pour la Suisse centrale
Falkengasse 3, 6004 Lucerne, tél. 041 370 31 32, fax 041 370 31 38
courriel: info@zsdg.ch
CP 60-16176-3

Association zougoise du diabète
Artherstrasse 25, 6300 Zoug, tél. 041 727 50 64, fax 041 727 50 60
courriel: info@dgz.ch
Banque cantonale zougoise, 6301 Zoug, IBAN CH81 0078 7000 0711 9130 5

Association zurichoise du diabète

Hegarstrasse 18, case postale 1009, 8032 Zurich, tél. 044 383 00 60, fax 044 383 06 92
courriel: info@zdg.ch
CP 80-49704-2

Autres adresses pour les personnes diabétiques

Groupe de consultation et d'enseignement de l'ASD

Présidente: Isabelle Zanella-Ayer, Rue Principale 8a, 2538 Romont
tél. privé 032 508 08 54, tél. prof. 032 365 00 80, mobile 079 321 93 50
courriel: i.zanella-ayer@bluewin.ch
Banque cantonale de Schaffhouse, cpte 564.363-0.101

SSED Société Suisse d'Endocrinologie et Diabétologie

Rütistrasse 3a, 5400 Baden, tél. 056 200 17 90, fax 056 200 17 95
courriel: office@sgedssed.ch
CP 01-4088-4 (UBS, 6020 Emmenbrücke)

Fondation Suisse de Cardiologie

Fondation Suisse de Cardiologie

Schwarztorstrasse 18, case postale 368, 3000 Berne 14, tél. 031 388 80 80, fax 031 388 80 88
courriel: info@swissheart.ch, www.swissheart.ch
CP 30-4356-3

Groupes de maintenance cardiovasculaire

Programme d'activité physique et d'échange d'expériences pour les patients cardiaques
www.swissheartgroups.ch, soutenu par la Fondation Suisse de Cardiologie

Swissheart-Coach
L'outil en ligne de la Fondation Suisse de Cardiologie pour le cœur et la circulation
www.swissheartcoach.ch

Autres adresses pour les personnes souffrant de maladies cardio-vasculaires ou ayant fait un accident vasculaire cérébral (AVC)

CUORE MATTO – Association pour les jeunes et les adultes atteints de cardiopathie congénitale
Tél. 079 912 00 60, courriel: info@cuorematto.ch

Elternvereinigung für das herzkranke Kind (Association pour les enfants atteints de cardiopathie congénitale)
Secrétariat: Annemarie Grüter, Blumenweg 4, 5243 Mülligen, tél. 055 260 24 52
courriel: info@evhk.ch

Groupe suisse d'entraide pour porteurs de défibrillateur automatique implantable DAI
Contact: Roland Feer, Mozartstrasse 40, 6004 Lucerne, tél. 041 420 85 49
courriel: mail@icd-selbsthilfegruppe.ch

Fragile Suisse – Association pour les personnes cérébro-lésées et leurs proches
Beckenhofstrasse 70, 8006 Zurich, tél. 044 360 30 60

Aphasie Suisse (Association regroupant des professionnels, des personnes aphasiques et leurs proches)
Spitalstrasse 4, 6004 Lucerne, tél. 041 240 05 83
courriel: info@aphasie.org

Ligues contre le cancer

Ligue suisse contre le cancer
Effingerstrasse 40, case postale, 3001 Berne, tél. 031 389 91 00, fax 031 389 91 60
courriel: info@liguecancer.ch, info@legacancro.ch
www.liguecancer.ch, www.legacancro.ch
CP 30-4843-9

Ligne InfoCancer
tél. 0800 11 88 11 (appel gratuit)
du lundi au vendredi: de 9 h à 19 h
courriel: helpline@liguecancer.ch, helpline@legacancro.ch
www.forumcancer.ch, www.forumcancro.ch

Commande de brochures
tél. 0844 85 00 00, courriel: shop@liguecancer.ch, shop@legacancro.ch

Ligue argovienne contre le cancer
Milchgasse 41, 5000 Aarau, tél. 062 834 75 75, fax 062 834 75 76
courriel: admin@krebsliga-aargau.ch, www.krebsliga-aargau.ch
CP 50-12121-7

Ligue bâloise contre le cancer
Mittlere Strasse 35, 4056 Bâle, tél. 061 319 99 88, fax 061 319 99 89
courriel: info@klbb.ch, www.klbb.ch
CP 40-28150-6

Ligue bernoise contre le cancer
Marktgasse 55, case postale 184, 3000 Berne 7, tél. 031 313 24 24, fax 031 313 24 20
courriel: info@bernischekrebsliga.ch, www.bernischekrebsliga.ch
CP 30-22695-4

Ligue fribourgeoise contre le cancer
Route St-Nicolas-de Flüe 2, case postale 96, 1705 Fribourg
tél. 026 426 02 90, fax 026 426 02 88
courriel: info@liguecancer-fr.ch, www.liguecancer-fr.ch
CP 17-6131-3

Ligue genevoise contre le cancer
Rue Leschot 11, 1205 Genève, tél. 022 322 13 33, fax 022 322 13 39
courriel: ligue.cancer@mediane.ch, www.lgc.ch
CP 12-380-8

Ligue grisonne contre le cancer
Ottoplatz 1, case postale 368, 7001 Coire, tél. 081 252 50 90, fax 081 253 76 08
courriel: info@krebsliga-gr.ch, www.krebsliga-gr.ch
CP 70-1442-0

Ligue jurassienne contre le cancer
Rue des Moulins 12, 2800 Delémont, tél. 032 422 20 30, fax 032 422 26 10
courriel: ligue.ju.cancer@bluewin.ch, www.liguecancer-ju.ch
CP 25-7881-3

Ligue neuchâteloise contre le cancer
Faubourg du Lac 17, 2000 Neuchâtel, tél. 032 721 23 25
courriel: LNCC@ne.ch, www.liguecancer-ne.ch
CP 20-6717-9

Ligue contre le cancer de Suisse orientale
Flurhofstrasse 7, 9000 Saint-Gall, tél. 071 242 70 00, fax 071 242 70 30
courriel: info@krebsliga-ostschweiz.ch, www.krebsliga-ostschweiz.ch
CP 90-15390-1

Ligue schaffhousoise contre le cancer
Rheinstrasse 17, 8200 Schaffhouse, tél. 052 741 45 45, fax 052 741 45 57
courriel: info@krebsliga-sh.ch, www.krebsliga-sh.ch
CP 82-3096-2

Ligue soleuroise contre le cancer
Hauptbahnhofstrasse 12, 4500 Soleure, tél. 032 628 68 10, fax 032 628 68 11
courriel: info@krebsliga-so.ch, www.krebsliga-so.ch
CP 45-1044-7

Ligue thurgovienne contre le cancer
Bahnhofstrasse 5, 8570 Weinfelden, tél. 071 626 70 00, fax 071 626 70 01
courriel: info@tgkl.ch, www.tgkl.ch
CP 85-4796-4

Ligue tessinoise contre le cancer
Piazza Nosetto 3, 6500 Bellinzone, tél. 091 820 64 20, fax 091 820 64 60
courriel: info@legacancro-ti.ch, www.legacancro-ti.ch
CP 65-126-6

Ligue valaisanne contre le cancer
Siège central: Rue de la Dixence 19, 1950 Sion, tél. 027 322 99 74, fax 027 322 99 75
courriel: info@lvcc.ch, www.lvcc.ch
Service de consultation: Spitalzentrum Oberwallis, Überlandstrasse 14, 3900 Brigue
tél. 027 604 35 41 / 079 644 80 18, fax 027 604 33 34
courriel: info@krebsliga-wallis.ch, www.krebsliga-wallis.ch
CP 19-340-2

Ligue vaudoise contre le cancer
Place Pépinet 1, 1003 Lausanne, tél. 021 623 11 11, fax 021 623 11 10
courriel: info@lvc.ch, www.lvc.ch
CP 10-22260-0

Ligue de Suisse centrale contre le cancer
Löwenstrasse 3, 6004 Lucerne, tél. 041 210 25 50, fax 041 210 26 50
courriel: info@krebsliga.info, www.krebsliga.info
CP 60-13232-5

Ligue zougoise contre le cancer
Alpenstrasse 14, 6300 Zoug, tél. 041 720 20 45, fax 041 720 20 46
courriel: info@krebsliga-zug.ch, www.krebsliga-zug.ch
CP 80-56342-6

Ligue zurichoise contre le cancer
Freiestrasse 71, 8032 Zurich, tél. 044 388 55 00, fax 044 388 55 11
courriel: info@krebsliga-zh.ch, www.krebsliga-zh.ch
CP 80-868-5

Aide liechtensteinoise contre le cancer
Im Malarsch 4, FL-9494 Schaan, tél. 00423 233 18 45, fax 00423 233 18 55
courriel: admin@krebshilfe.li, www.krebshilfe.li
CP 90-4828-8

Autres adresses pour les malades du cancer

ARFEC, Association romande des familles d'enfants atteints de cancer
Secrétariat de l'ARFEC, av. de la Vallonnette 17, 1012 Lausanne
tél. 021 653 11 10, fax 021 653 11 14, courriel: contact@arfec.org, www.arfec.org

Association Suisse des Greffés de la Moelle Osseuse
GMO Suisse romande: Daniel Jagot-Lachaume, Chemin du Chaugand 23, 1066 Épalinges
tél. 027 322 99 74 (LVCC), courriel: info@gmosuisseromande.ch, www.gmosuisseromande.ch

Groupe suisse d'entraide pour les malades du pancréas GSP
Président: M. Conrad Rytz, ch. du Chêne 10, 1260 Nyon, tél. 022 361 55 92
courriel: info@pancreas-help.ch, www.pancreas-help.ch

Groupe-GIST-Suisse, Groupe d'entraide pour les personnes touchées par les tumeurs stromales gastro-intestinales
Directrice: Helga Meier Schnorf, Sterenweg 7, 6300 Zoug, tél. 041 710 80 58
courriel: gist@gist.ch, www.gist.ch

ho/noho Organisation suisse de patients pour les personnes atteintes de lymphomes et leurs proches
Présidente: Mme Rosmarie Pfau, Weidenweg 39, 4147 Aesch, tél. 061 421 09 27
courriel: info@lymphome.ch, www.lymphome.ch

ilco, Association suisse des groupes régionaux de personnes stomisées
Président du groupe régional «ilco-Vaud»: Philip Surmont, Rte de L'Isle 15, 1142 Pampigny
tél. 076 450 47 57, courriel: ilco.vd.ch@gmail.com, www.ilco.ch

Kinderkrebshilfe Schweiz
Directrice: Birgitta Setz, Florastrasse 14, 4600 Olten, tél. 062 297 00 11
courriel: info@kinderkrebshilfe.ch, www.kinderkrebshilfe.ch

Laryngectomisés Suisse
Groupes régionaux: www.kehlkopfoperierte.ch

Myelom Kontaktgruppe Schweiz (MKgS) (rassemblement de groupes d'entraide suisses axés sur le myélome multiple / le plasmocytome)
Présidente: Ruth Bähler, Obesunneweg 9, 4144 Arlesheim, tél. 061 701 57 19 (après-midi)
courriel: r.u.baehler@bluewin.ch, www.multiples-myelom.ch

SFK, Stiftung zur Förderung der Knochenmarktransplantation
Présidente: Candy Heberlein, Vorder Rainholzstrasse 3, 8123 Ebmatingen, tél. 044 982 12 12
courriel: info@knochenmark.ch, www.knochenmark.ch

«Vivre Comme Avant», Association suisse des femmes opérées du sein
Présidente: Line Schindelholz, Rue Rombos 5, 2830 Courrendlin
tél. 032 435 60 75, mobile 079 638 84 27
courriel: doudou.ljc@bluewin.ch, www.vivre-comme-avant.ch

Ligues pulmonaires

Ligue pulmonaire suisse
Chutzenstrasse 10, 3007 Berne, tél. 031 378 20 50, fax 031 378 20 51
courriel: info@lung.ch, www.lungenliga.ch / www.liguepulmonaire.ch
CP 30-882-0

Ligue pulmonaire argovienne
Hintere Bahnhofstrasse 6, 5001 Aarau, tél. 062 832 40 00, fax 062 832 40 01
courriel: lungenliga.aargau@llag.ch
CP 50-782-0

Ligue pulmonaire appenzelloise Rhodes extérieures
Gossauerstrasse 2, 9100 Herisau, tél. 071 351 54 82, fax 071 352 47 38
courriel: info@llar.ch
CP 90-2228-8

Ligue pulmonaire appenzelloise Rhodes intérieures
Hoferbad 2, 9050 Appenzell, tél. 071 788 94 52, fax 071 788 94 58
courriel: susann.inauen@bluewin.ch
Banque cantonale d'Appenzell 60 55 345.692-02

Ligue pulmonaire des deux Bâles
Mittlere Strasse 35, 4056 Bâle, tél. 061 269 99 66, fax 061 269 99 60
courriel: info@llbb.ch
CP 40-1120-0

Ligue pulmonaire bernoise
Chutzenstrasse 10, 3007 Berne, tél. 031 300 26 26, fax 031 300 26 25
courriel: info@lungenliga-be.ch
CP 30-7820-7

Ligue pulmonaire fribourgeoise
Route St-Nicolas-de-Flüe 2, case postale 96, 1705 Fribourg
tél. 026 426 02 70, fax 026 426 02 88, courriel: info@liguepulmonaire-fr.ch
CP 17-226-6

Ligue pulmonaire genevoise
Avenue Cardinal-Mermillod 42-44, 1227 Carouge, tél. 022 309 09 90, fax 022 309 09 91
courriel: info@lpge.ch
CP 12-631-9

Ligue pulmonaire glaronnaise
Wiggispark, 8754 Netstal, tél. 055 640 50 15, fax 055 640 53 32
courriel: lungenligaglarus@bluewin.ch
CP 87-327229-3

Ligue pulmonaire grisonne
Gürtelstrasse 80, 7000 Coire, tél. 081 354 91 00, fax 081 354 91 09
courriel: info@llgr.ch
CP 70-2285-7

Ligue pulmonaire jurassienne
Place de l'Église 7, 2800 Delémont, tél. 032 422 20 12, fax 032 422 20 45
courriel: direction@liguepj.ch
CP 25-3002-9

Ligue pulmonaire lucernoise-zougoise
Schachenstrasse 9, 6030 Ebikon, tél. 041 429 31 10, fax 041 429 31 11
courriel: info@lungenliga-lu.ch
CP 60-217-6

Ligue pulmonaire neuchâteloise
Rue de la Gare 4, 2034 Peseux, tél. 032 886 82 60, fax 032 886 82 61
courriel: ligue.pulmonaire@ne.ch
CP 20-6848-1

Ligue pulmonaire schaffhousoise
Grabenstrasse 7, 8200 Schaffhouse, tél. 052 625 28 03, fax 052 625 37 74
courriel: info@lungenliga-sh.ch
CP 82-202-3

Ligue pulmonaire schwyzoise
Bahnhofstrasse 29, 6440 Brunnen, tél. 041 857 00 16, fax 041 857 00 17
courriel: brunnen.llsz@hin.ch
CP 60-994-9

Ligue pulmonaire soleuroise
Dornacherstrasse 33, case postale 563, 4500 Soleure, tél. 032 628 68 28, fax 032 628 68 38
courriel: info@lungenliga-so.ch
CP 45-4011-4

Ligue pulmonaire saint-galloise
Kolumbanstrasse 2, case postale, 9008 Saint-Gall, tél. 071 228 47 47, fax 071 228 47 48
courriel: info@lungenliga-sg.ch
CP 90-548-5

Ligue pulmonaire thurgovienne
Bahnhofstrasse 15, case postale 251, 8570 Weinfelden, tél. 071 626 98 98, fax 071 626 98 99
courriel: info@lungenliga-tg.ch
CP 85-1805-0

Ligue pulmonaire tessinoise
Via alla Campagna 9, 6900 Lugano, tél. 091 973 22 80, fax 091 973 22 89
courriel: legapolm@bluewin.ch
CP 69-1343-4

Ligue pulmonaire unterwaldienne
Flüelistrasse 2a, 6060 Sarnen, tél. 041 670 20 02, fax 041 671 04 63
courriel: info@lungenliga-uw.ch
CP 60-5949-2

Ligue pulmonaire uranaise
Seedorferstrasse 19, 6460 Altdorf, tél. 041 870 15 72, fax 041 870 18 58
courriel: lungenliga.uri@bluewin.ch
CP 60-3658-7

Ligue pulmonaire valaisanne
Rue des Condémines 14, 1950 Sion, tél. 027 329 04 29, fax 027 329 04 30
courriel: info@psvalais.ch
CP 19-4690-5

Ligue pulmonaire vaudoise
Avenue de Provence 4, 1007 Lausanne, tél. 021 623 38 00, fax 021 623 38 10
courriel: info@lpvd.ch
CP 10-2047-5

Verein Lunge Zürich (Ligue pulmonaire zurichoise)
Pfingstweidstrasse 10, 8005 Zurich
Ligne téléphonique gratuite pour conseils: tél. 0800 07 08 09, fax 044 268 20 20
courriel: beratung@lunge-zuerich.ch
CP 80-1535-7

Service de médecine sociale et préventive
Amt für Gesundheit, Aeulestrasse 51, case postale 684, FL-9490 Vaduz
tél. 00423 236 73 31, fax 00423 236 73 39, courriel: info@ag.llv.li

Autres adresses pour les personnes atteintes d'une affection pulmonaire

Société Suisse de Pneumologie (SSP)
Chutzenstrasse 10, 3007 Berne, tél. 031 378 20 30, fax 031 378 20 31
courriel: info@pneumo.ch

Ligues contre le rhumatisme

Ligue suisse contre le rhumatisme
Josefstrasse 92, 8005 Zurich, tél. 044 487 40 00, fax 044 487 40 19
courriel: info@rheumaliga.ch, www.ligues-rhumatisme.ch
CP 80-2042-1, IBAN CH83 0023 0230 5909 6001 F

Ligue argovienne contre le rhumatisme
Fröhlichstrasse 7, 5200 Brugg, tél. 056 442 19 42, fax 056 442 19 43
courriel: info.ag@rheumaliga.ch, www.rheumaliga.ch/ag
CP 50-4990-8

Ligue appenzelloise contre le rhumatisme
Rosenstrasse 25, 9113 Degersheim, tél. 071 351 54 77
courriel: info.ap@rheumaliga.ch, www.rheumaliga.ch/ap
UBS AG, 9101 Herisau, IBAN CH26 0025 4254 1145 2141 X

Ligue bernoise contre le rhumatisme
Gurtengasse 6, 3011 Berne, tél. 031 311 00 06, fax 031 311 00 07
courriel: info.be@rheumaliga.ch, www.rheumaliga.ch/be
CP 30-8041-9

Ligue des deux Bâles contre le rhumatisme
Mittlere Strasse 35, 4056 Bâle, tél. 061 269 99 50, fax 061 269 99 59
courriel: info@rheumaliga-basel.ch, www.rheumaliga.ch/blbs
CP 40-20363-6

Ligue fribourgeoise contre le rhumatisme
CP 948, 1701 Fribourg, tél. 026 322 90 00, fax 026 322 90 01
courriel: info.fr@rheumaliga.ch, www.ligues-rhumatisme.ch/fr
CP 17-3590-7, IBAN CH27 0900 0000 1700 3590 7

Ligue genevoise contre le rhumatisme
Rue Merle d'Aubigné 22, 1207 Genève, tél. 022 718 35 55, fax 022 718 35 50
courriel: laligue@laligue.ch, www.laligue.ch
CP 12-4967-4, IBAN CH97 0900 0000 1200 4967 4

Ligue glaronnaise contre le rhumatisme
Federiweg 3, 8867 Niederurnen, tél. 055 610 15 16/079 366 22 23
courriel: rheumaliga.gl@bluewin.ch, www.rheumaliga.ch/gl
Glarner Kantonalbank, Glarus, IBAN CH95 0077 3805 5347 6230 3

Ligue jurassienne contre le rhumatisme
Rue Thurmann 10d, 2900 Porrentruy, tél. 032 466 63 61, fax 032 466 63 88
courriel: ljcr@bluewin.ch, www.ligues-rhumatisme.ch/ju
CP 25-1032-4

Ligue lucernoise et unterwaldienne contre le rhumatisme
Waldstätterstrasse 6, 6003 Lucerne, tél. 041 377 26 26
courriel: rheuma.luuw@bluewin.ch, www.rheumaliga.ch/luownw
CP 60-22277-2

Ligue neuchâteloise contre le rhumatisme
Combeta 16, 2300 La Chaux-de-Fonds, tél./fax 032 913 33 77
courriel: info.ne@rheumaliga.ch, www.ligues-rhumatisme.ch/ne
CP 20-7781-5, Banque Raiffeisen Val-de-Travers, IBAN CH74 8026 1000 0118 7088 9

Ligue schaffhousoise contre le rhumatisme
Case postale 1164, 8207 Schaffhouse, tél. 052 643 44 47, fax 052 643 65 27
courriel: rheuma.sh@bluewin.ch, www.rheumaliga.ch/sh
CP 82-1919-2, IBAN CH83 0900 0000 8200 1919 2

Ligue soleuroise contre le rhumatisme
Roamerstrasse/Maison 12, 4500 Soleure, tél. 032 623 51 71, fax 032 623 51 72
courriel: rheumaliga.so@bluewin.ch, www.rheumaliga.ch/so
CP 45-5004-4

Ligue saint-galloise, grisonne et liechtensteinoise contre le rhumatisme
Am Platz 10, 7310 Bad Ragaz, tél. 081 302 47 80, fax 081 302 32 34
courriel: info.sggrfl@rheumaliga.ch, www.rheumaliga.ch/sg
CP 90-19200-8

Ligue thurgovienne contre le rhumatisme
Holzäckerlistrasse 11b, 8280 Kreuzlingen, tél. 071 688 53 67
courriel: info.tg@rheumaliga.ch, www.rheumaliga.ch/tg
CP 85-104-6

Ligue tessinoise pour la lutte contre le rhumatisme
Via Gerretta 3, 6501 Bellinzone, tél. 091 825 46 13, fax 091 826 33 12
courriel: info.ti@rheumaliga.ch, www.reumatismo.ch/ti
CP 69-8589-1

Ligue uranaise et schwyzoise contre le rhumatisme
Hagenstrasse 3, 6460 Altdorf, tél. 041 870 40 10
courriel: rheuma.uri-schwyz@bluewin.ch, www.rheumaliga.ch/ursz
CP 60-532963-9

Ligue valaisanne contre le rhumatisme
Pré-Fleuri 2c, case postale 910, 1951 Sion, tél. 027 322 59 14, fax 027 322 59 15
courriel: vs-rheumaliga@bluewin.ch, www.ligues-rhumatisme.ch/vs
CP 19-4080-3

Ligue vaudoise contre le rhumatisme
Av. de Provence 12, 1007 Lausanne, tél. 021 623 37 07, fax 021 623 37 38
courriel: info@lvr.ch, www.liguerhumatisme-vaud.ch
CP 10-19099-8

Ligue zougoise contre le rhumatisme
Sonnenbergrain 7, 6423 Seewen, tél./fax 041 750 39 29
courriel: rheuma.zug@bluewin.ch, www.rheumaliga.ch/zg
CP 60-6813-9

Ligue zurichoise contre le rhumatisme

Badenerstrasse 585, case postale 1320, 8048 Zurich, tél. 044 405 45 50, fax 044 405 45 51
courriel: admin.zh@rheumaliga.ch, www.rheumaliga.ch/zh
CP 80-33440-7

Autres adresses pour les personnes atteintes d'une maladie rhumatismale

Association suisse des polyarthritiques

Feldeggstrasse 69, case postale 1332, 8032 Zurich, tél. 044 422 35 00
courriel: spv@arthritis.ch, www.arthritis.ch
CP 80-37316-1

ASLE Association suisse pour la lutte contre le lupus érythémateux

Wisstrotteweg 6, 5313 Klingnau, tél. 056 245 23 74
courriel: gabriela.quidort@lupus-suisse.ch, www.slev.ch
CP 50-6-9, Banque cantonale d'Argovie, 5001 Aarau, IBAN CH47 0076 1016 0910 8708 2
Antenne romande: Fabienne Mégevand, Au Village, 1526 Forel-sur-Lucens
tél. 021 906 98 12

Société suisse de la spondylarthrite ankylosante

Leutschenbachstrasse 45, 8050 Zurich, tél. 044 272 78 66, fax 044 272 78 75
courriel: mail@bechterew.ch, www.bechterew.ch
CP 80-63687-7

ASFM Association Suisse des Fibromyalgiques
Avenue des Sports 28, 1400 Yverdon-les-Bains, tél. 024 425 95 75, fax 024 425 95 76
courriel: info@suisse-fibromyalgie.ch, www.suisse-fibromyalgie.ch
Banque Raiffeisen, Yverdon-les-Bains, IBAN CH08 8047 2000 0051 3341 3

Association suisse Osteogenesis imperfecta (ASOI)
M. Serge Angermeier
Leutschenbachstrasse 45, 8050 Zurich, tél. 043 300 97 60
courriel: geschaeftsstelle@svoi-asoi.ch
CP 90-3031-2, Raiffeisenbank Mittelrheintal, 9443 Widnau, IBAN CH44 8131 9000 0088 7487 0

sclerodermie.ch – SVS Association suisse des patients atteints de sclérodermie
3000 Berne, tél. 024 472 32 64
courriel: info@sclerodermie.ch, www.sclerodermie.ch
CP 12-864923-6

Services aux patients

www.patientenstelle.ch, courriel: dvsp@patientenstelle.ch

Service aux patients de Zurich
Hofwiesenstrasse 3, 8042 Zurich, tél. 044 361 92 56

Service aux patients d'Argovie et de Soleure
Bahnhofstrasse 18, 5001 Aarau, tél. 062 823 11 66

Service aux patients de Bâle
Hebelstrasse 53, 4002 Bâle, tél. 061 261 42 41

Service aux patients de la Suisse orientale
Zürcherstrasse 138, 8500 Frauenfeld, tél. 052 721 52 92

Service aux patients du Tessin
ACSI associazione consumatrici e consumatori della Svizzera italiana
Via Polar 46, c.p. 165, 6932 Lugano-Breganzona, tél. 091 922 97 55

Service aux patients de la Suisse centrale
St.-Karli-Quai 12, 6004 Lucerne 5, tél. 041 410 10 14

Service aux patients de la Suisse romande
Rue de la Fonderie 2, 1700 Fribourg, tél. 079 197 21 15

Organisation suisse de patients OSP

www.spo.ch
Numéro d'urgence: tél. 0900 56 70 48 (CHF 2.90/min.)

Genève
HUG, Rue Gabrielle-Perret-Gentil 4, 1211 Genève 14, tél. 022 372 22 22

Lausanne
Chemin de Mont-Paisible 18, 1011 Lausanne, tél. 021 314 73 88

Bellinzona
Casella postale 1077, 6501 Bellinzona, tél. 091 826 11 28

Zurich
Häringstrasse 20, 8001 Zurich, tél. 044 252 54 22

Berne
Eigerplatz 12, 3007 Berne, tél. 031 372 13 11

Saint-Gall
Rosenbergstrasse 72, 9000 Saint-Gall, tél. 071 278 42 40

Olten
Im Spitalpark, Fährweg 8, 4600 Olten, tél. 062 212 55 89

Zoug
c/o Pro Infirmis, Baarerstrasse 43, 6300 Zoug, tél. 044 252 54 22
(conseils personnels sur place, sur rendez-vous)

Autres adresses pour des patients

Fédération des médecins suisses FMH

Elfenstrasse 18, case postale 300, 3000 Berne 15
tél. 031 359 11 11, fax 031 359 11 12, courriel: info@fmh.ch
Bureau d'expertises extrajudiciaires, case postale 65, 3000 Berne 15
tél. 031 359 12 10, fax 031 359 12 12

Service romand d'information médicale

Route d'Oron 1, 1010 Lausanne, tél. 021 652 16 74

Office de médiation de l'assurance-maladie

Morgartenstrasse 9, case postale 3565, 6002 Lucerne, tél. 041 226 10 11 (en français),
tél. 041 226 10 10 (en allemand), tél. 041 226 10 12 (en italien), fax 041 226 10 13
courriel: info@om-kv.ch, www.om-kv.ch/fr

9.2 Organes AVS/AI/PC

AI Assurance invalidité

Sous www.iv-stelle.ch, vous trouverez des liens avec **tous les offices cantonaux de l'AI.**

Zurich
Röntgenstrasse 17, case postale, 8087 Zurich
tél. 044 448 50 00, fax 044 448 55 55

Berne
Scheibenstrasse 70, case postale, 3001 Berne
tél. 058 219 71 11, fax 058 219 72 72

Lucerne
Landenbergstrasse 35, case postale, 6002 Lucerne
tél. 041 369 05 00, fax 041 369 07 77

Uri
Dätwylerstrasse 11, case postale 30, 6460 Altdorf
tél. 041 874 50 20, fax 041 874 50 15

Schwyz
Rubiswilstrasse 8, case postale 53, 6438 Ibach
tél. 041 819 04 25, fax 041 819 05 25

Obwald
Brünigstrasse 144, case postale 1161, 6061 Sarnen
tél. 041 666 27 50, fax 041 666 27 51

Nidwald
Stansstaderstrasse 88, case postale, 6371 Stans
tél. 041 618 51 00, fax 041 618 51 01

Glaris
Burgstrasse 6, 8750 Glaris
tél. 055 648 11 11, fax 055 648 11 99

Zoug
Baarerstrasse 11, case postale 7032, 6302 Zoug
tél. 041 560 47 00, fax 041 560 47 47

Soleure
Allmendweg 6, case postale, 4528 Zuchwil
tél. 032 686 24 00, fax 032 686 25 41

Bâle-Ville
Lange Gasse 7, case postale, 4052 Bâle
tél. 061 225 25 25, fax 061 225 25 00

Bâle-Campagne
Hauptstrasse 109, 4102 Binningen
tél. 061 425 25 25, fax 061 425 25 00

Schaffhouse
Oberstadt 9, 8200 Schaffhouse
tél. 052 632 61 11, fax 052 632 61 99

Appenzell Rhodes extérieures
Neue Steig 15, case postale 1254, 9100 Herisau
tél. 071 354 51 51, fax 071 354 51 52

Appenzell Rhodes intérieures
Poststrasse 9, case postale 62, 9050 Appenzell
tél. 071 788 18 30, fax 071 788 18 40

Saint-Gall
Brauerstrasse 54, case postale 368, 9016 Saint-Gall
tél. 071 282 66 33, fax 071 282 69 10

Grisons
Ottostrasse 24, case postale, 7001 Coire
tél. 081 257 41 11, fax 081 257 43 16

Argovie
Bahnhofplatz 3C, 5001 Aarau
tél. 062 836 81 81, fax 062 836 84 79

Thurgovie
St. Gallerstrasse 11, case postale, 8501 Frauenfeld
tél. 058 225 75 75, fax 058 225 75 76

Fribourg
Route du Mont Carmel 5, 1762 Givisiez
tél. 026 305 52 37, fax 026 305 52 01

Tessin
Via dei Gaggini 3, case postale 2121, 6501 Bellinzone
tél. 091 821 94 11, fax 091 821 94 99

Vaud
Avenue Général Guisan 8, 1800 Vevey
tél. 021 925 24 24, fax 021 925 24 25

Valais
Avenue de la Gare 15, case postale, 1951 Sion
tél. 027 324 96 11, fax 027 324 96 10

Neuchâtel
Espacité 4, 2300 La Chaux-de-Fonds
tél. 032 910 71 00, fax 032 910 71 99

Genève
Rue des Gares 12, case postale 2096, 1211 Genève 2
tél. 022 327 27 27, fax 022 327 28 10

Jura
Rue Bel-Air 3, case postale 368, 2350 Saignelégier
tél. 032 952 11 11, fax 032 952 11 01

Pour les assurés à l'étranger
Av. Edmond-Vaucher 18, case postale 3100, 1211 Genève 2
tél. 0041 58 461 91 11, fax 0041 58 461 99 50

Pour les assurés de la principauté du Liechtenstein
Gerberweg 2, case postale 84, FL-9490 Vaduz
tél. +423 238 16 16, fax +423 238 16 00

Services cantonaux des prestations complémentaires

Sous www.ahv.ch, vous trouverez des liens avec **toutes les caisses de compensation cantonales,** ainsi que de nombreux mémentos et formulaires.

Zurich
Röntgenstrasse 17, case postale, 8087 Zurich
tél. 044 448 50 00, fax 044 448 55 55

Berne
Chutzenstrasse 10, 3007 Berne
tél. 031 379 79 79, fax 031 379 79 00

Lucerne
Würzenbachstrasse 8, 6000 Lucerne 15
tél. 041 375 05 05, fax 041 375 05 00

Uri
Dätwylerstrasse 11, case postale 30, 6460 Altdorf
tél. 041 874 50 20, fax 041 874 50 15

Schwyz
Rubiswilstrasse 8, case postale 53, 6438 Ibach,
tél. 041 819 04 25, fax 041 819 05 25

Obwald
Brünigstrasse 144, case postale 1161, 6061 Sarnen
tél. 041 666 27 50, fax 041 666 27 51

Nidwald
Stansstaderstrasse 88, case postale, 6371 Stans
tél. 041 618 51 00, fax 041 618 51 01

Glaris
Burgstrasse 6, 8750 Glaris
tél. 055 648 11 11, fax 055 648 11 99

Zoug
Baarerstrasse 11, case postale 7032, 6302 Zoug
tél. 041 560 47 00, fax 041 560 47 47

Fribourg
Imp. de la Colline 1, case postale, 1762 Givisiez
tél. 026 305 52 52, fax 026 305 52 62

Soleure
Allmendweg 6, case postale 116, 4528 Zuchwil
tél. 032 686 22 00, fax 032 686 23 41

Bâle-Ville
Wettsteinplatz 1, case postale, 4001 Bâle
tél. 061 685 22 22, fax 061 685 23 23

Bâle-Campagne
Hauptstrasse 109, 4102 Binningen
tél. 061 425 25 25, fax 061 425 25 00

Schaffhouse
Oberstadt 9, 8200 Schaffhouse
tél. 052 632 61 11, fax 052 632 61 99

Appenzell Rhodes extérieures
Neue Steig 15, case postale 1254, 9100 Herisau
tél. 071 354 51 51, fax 071 354 51 52

Appenzell Rhodes intérieures
Poststrasse 9, case postale 62, 9050 Appenzell
tél. 071 788 18 30, fax 071 788 18 40

Saint-Gall
Brauerstrasse 54, case postale 368, 9016 Saint-Gall
tél. 071 282 66 33, fax 071 282 69 10

Grisons
Ottostrasse 24, case postale, 7001 Coire
tél. 081 257 41 11, fax 081 257 43 16

Argovie
Kyburgerstrasse 15, 5001 Aarau
tél. 062 836 81 81, fax 062 836 81 99

Thurgovie
St. Gallerstrasse 11, case postale, 8501 Frauenfeld
tél. 058 225 75 75, fax 058 225 75 76

Tessin
Via Ghiringhelli 15a, 6500 Bellinzone
tél. 091 821 91 11, fax 091 821 92 99

Vaud
Rue du Lac 37, 1815 Clarens
tél. 021 964 12 11, fax 021 964 15 38

Valais
Avenue Pratifori 22, 1950 Sion
tél. 027 324 91 11, fax 027 324 91 12

Neuchâtel
Faubourg de l'Hôpital 28, case postale 2116, 2001 Neuchâtel
tél. 032 889 65 01, fax 032 889 65 02

Genève
Route de Chêne 54, case postale 6375, 1211 Genève 6
tél. 022 546 16 00, fax 022 546 17 00

Jura
Rue Bel-Air 3, case postale 368, 2350 Saignelégier
tél. 032 952 11 11, fax 032 952 11 01

9.3 Lois, directives, mémentos

Lois, ordonnances

Les «bases légales» mentionnées à la fin des différents chapitres peuvent être commandées à l'Office fédéral des constructions et de la logistique, Holzikofenweg 36, 3003 Berne, tél. 031 325 50 00, ou consultées sous www.admin.ch/ch/f/rs («Droit fédéral – Recueil systématique»).

Directives, circulaires

Les informations sur les questions d'application des assurances sociales (lettres-circulaires, circulaires, instructions) peuvent être téléchargées sur le site www.sozialversicherungen.admin.ch.

Mémentos

Rédigés dans un langage simple, les mémentos relatifs à l'AVS/AI et aux prestations complémentaires peuvent être commandés gratuitement auprès des caisses de compensation de l'AVS et des services de l'AI (voir adresses ci-dessus), ou consultés sous www.ahv.ch.