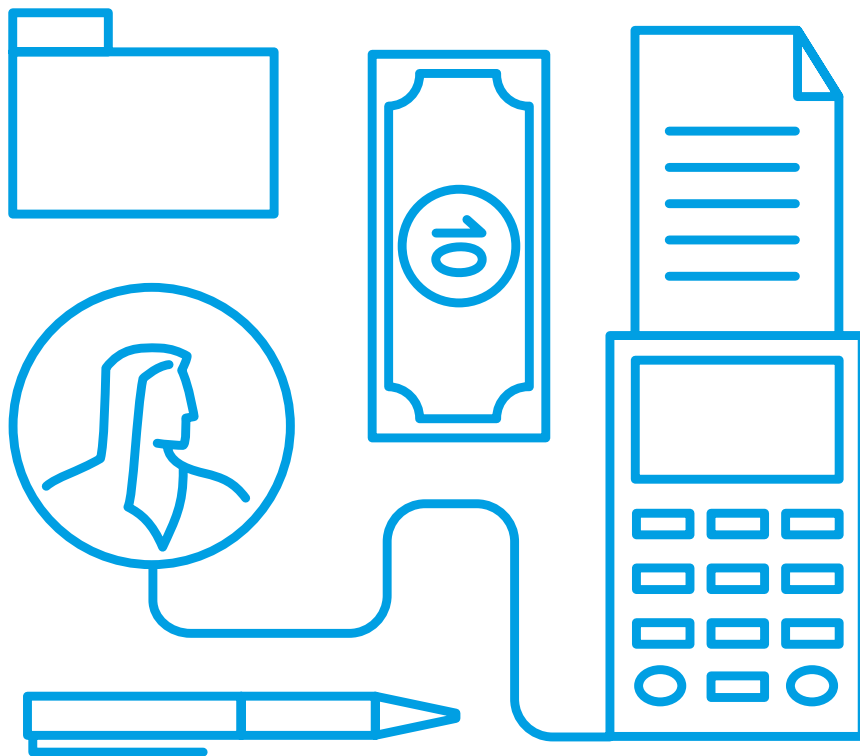


Assurances sociales et facturation

my**MPA**.ch



Mentions légales

Auteurs

Yvonne Weder	Formatrice titulaire d'un Brevet fédéral. Enseignante à l'École professionnelle et Centre de formation continue des professions médicales de St Gall, experte aux examens cantonaux.
Meggy Bieri	Enseignante à l'École professionnelle d'AM de Lucerne, experte aux examens cantonaux.

Ont également participé à la rédaction

Jim Wolanin-Stämpfli	Bachelor of Science et expert en assurances sociales, intervient depuis de nombreuses années à l'école Bénédict de Lucerne et préposé aux affaires sociales d'une commune de taille moyenne.
Claude Arrigo	Enseignante à l'école professionnelle d'assistantes médicales de Bienne (BFB)
Nadia Höfliger	Spécialisée dans les tarifs et en assurance-maladie avec brevet fédéral
Daniel Ledergerber	Spécialiste en marketing.

Impression

Schmid Mogelsberg AG	Mediprint, 9122 Mogelsberg, Tel. 071 375 60 80, Fax 071 375 60 81, www.schmid-mogelsberg.ch
-----------------------------	---

Remerciements

Nous souhaitons remercier chaleureusement toutes les personnes qui nous ont apporté leur soutien pour la rédaction de ce support d'enseignement et la création du site Internet. Ce support a été relu et corrigé par Elsbeth Hofer, que nous remercions chaleureusement !

www.mympha.ch

Nous proposons sur notre site Internet un service annexe aux enseignants et aux personnes en formation qui complète idéalement le support de formation.

- Catalogue de questions avec propositions de réponse pour tous les chapitres du support d'enseignement.
- Catalogue de questions couvrant presque entièrement tous les domaines abordés (radiologie, italien, pharmacologie, anatomie, pathologie).
- Anciennes versions d'examens pour une préparation optimale des examens, resp. pour la préparation de la procédure de qualification (PQ, autrefois EFA)

Commande

www.mympha.ch: Commandez ici simplement et rapidement votre support d'enseignement.

Tous droits réservés.

Toute reproduction, même partielle, du support d'enseignement est interdite sans accord de son éditeur.

Avant-propos

La crise économique mondiale née en 1929 aux Etats-Unis, a permis de prendre conscience que la détresse sociale ne relevait pas que de la responsabilité individuelle. La société, via par exemple l'économie de marché, peut également être à l'origine de la misère. Il est alors du devoir des États de combattre cette misère par des mesures visant à protéger la population des principaux risques et dangers. L'ensemble de ces mesures forme la sécurité sociale. Il s'agit de la protection de la population contre les principaux risques et les principales éventualités pouvant survenir.

La sécurité sociale évite aux membres d'une société de sombrer dans la détresse face à des risques sociaux classiques tels que :

- la maladie
- le chômage
- la vieillesse
- les accidents du travail et les maladies professionnelles
- la maternité
- la mort
- l'invalidité
- les charges de famille

L'absence d'une sécurité sociale telle que définie plus haut touche non seulement chaque individu en le plongeant dans une détresse économique ou humaine, mais déstabilise également la société. Car outre la solidarité et la compassion, la sécurité sociale véhicule avant toute chose l'égalité, principe qui garantit que tous les êtres humains sont égaux. Les gens vivant dans la pauvreté disposent cependant encore aujourd'hui d'une espérance de vie moins importante et sont plus vulnérables aux maladies que ceux vivant dans le confort.

La sécurité sociale étatique repose en Suisse sur un système complexe d'assurances sociales. D'une part l'État garantit un standard de sécurité minimale, d'autre part il autorise les initiatives individuelles et privées. Notre réseau d'assurances sociales, une branche de notre protection sociale, protège toute la population ou des groupes de personnes définies des risques sociaux. Des prestations sociales en fonction des besoins fournissent des compléments aux prestations d'assurances sociales insuffisantes ou en fin de droits. Les assurances sociales sont un domaine juridique relativement récent. L'assurance militaire est ainsi la plus ancienne d'entre elles et date de 1901. Ce n'est qu'au cours de la seconde moitié du XXe siècle qu'elles ont pris de l'importance. Reste que les assurances sociales ne forment pas un secteur du droit unique mais relèvent de différentes lois fédérales indépendantes. Même la loi sur la partie générale du droit des assurances sociales n'a pu y mettre bon ordre. Les assurances sociales restent donc un thème complexe.

Le débat politique autour de ces assurances n'a fait que croître au cours de ces dernières années en raison de la constante augmentation des coûts. Une révision de loi chasse l'autre et se décide généralement par votation. La constante évolution du système d'assurance sociale ne facilite pas une vision d'ensemble du système (ce chapitre ne fait d'ailleurs pas exception à la règle), mais rend ce thème extrêmement actuel et passionnant.

Je vous invite donc à plonger dans ce sujet complexe mais au combien important. Vous y gagnerez non seulement des connaissances utiles dans votre futur métier, mais aussi plus de confiance dans le choix de vos propres assurances et surtout une bonne base de décision pour les prochains objets de votation.

Jim Wolanin-Stämpfli

Sommaire

1	Base de l'assurance	5
1.1.	Historique	5
1.2.	LPGA – Définitions, coordination et action judiciaire	10
1.3.	Assurances sociales et assurances privées	18
1.4.	Le principe des trois piliers	19
2	La prévoyance étatique (1 ^{er} pilier)	23
2.1.	L'assurance-vieillesse et survivants (AVS).....	23
2.2.	L'assurance-invalidité (AI)	30
2.3.	Prestations complémentaires AVS / AI (PC)	50
2.4.	Allocation pour perte de gain (APG)	54
2.5.	Allocations familiales	58
2.6.	Assurance-chômage et indemnité en cas d'insolvabilité (LACI)	61
2.7.	L'assurance militaire (AM)	68
3	La prévoyance professionnelle (2 ^{ème} pilier)	71
3.1.	La prévoyance professionnelle au sens de la LPP	71
3.2.	L'assurance-accidents (AA)	79
4	La prévoyance individuelle (3 ^{ème} pilier)	95
5	L'assurance maladie (LAMal)	97
5.1.	L'assurance maladie sociale	97
5.2.	Personnes assurées	99
5.3.	Exécution	100
5.4.	Prestations.....	105
5.5.	Financement	108
5.6.	Assurance facultative d'indemnités journalières au sens de la LAMal	116
5.7.	Assurance complémentaire au sens de la LCA	119
5.8.	Voies de recours.....	122
5.9.	Le patient privé	122

6	Sécurité sociale entre la Suisse et l'UE	125
6.1.	Les quatre principes de l'Accord de libre circulation des personnes.....	126
7	Conventions et tarifs	131
7.1.	Principe.....	131
7.2.	Prestations ambulatoires	131
7.3.	Prestations stationnaires.....	132
8	TARMED	133
8.1.	Généralités.....	133
8.2.	Bases légales	134
8.3.	Bases contractuelles	134
8.4.	TARMED Suisse.....	135
8.5.	Forum Échange de données.....	137
8.6.	Le tarif.....	140
8.7.	Valeurs des points tarifaires	156
8.8.	Tarification	157
8.9.	Facturation	157
8.10.	Application du tarif.....	162
8.11.	Codes de diagnostics	178
8.12.	Exercices	181
8.13.	Forfaits Tarmed – Tarif 002	186
8.14.	Indemnisation des frais de cabinet (IFC)	187
8.15.	Glossaire	188

Extrait du plan de formation sur l'ordonnance sur la formation professionnelle initiale d'assistante médicale/d'assistant médical.

1.1 Objectif général pour les relations avec les patient(e)s (extrait)

Les patient(e)s sont souvent dépassé(e)s par les nombreuses possibilités, parfois divergentes, d'informations sur les maladies, accidents et compagnies d'assurance. Les assistantes médicales en sont conscientes et conseillent les patient(e)s ainsi que les membres de leurs familles de façon compétente.

1.3.4.8 Gestion des informations

Les assistantes médicales décrivent le modèle des assurances sociales en Suisse. Elles disposent de connaissances approfondies dans les domaines LAA, LAM, AI et LAMal. Elles appliquent correctement les différents systèmes tarifaires.

1 Base de l'assurance

1.1. Historique

Chaque être humain est maître de son destin et façonne son avenir jour après jour. Il vise chaque jour à façonner son destin. La pérennité de ses constructions dépend en grande partie du soin apporté aux fondations. C'est ainsi qu'un être humain consacre une grande partie de son temps à assurer sa subsistance et à sauvegarder des biens.

La santé est sans aucun doute son bien le plus précieux. Il aura pourtant fallu beaucoup de progrès scientifiques et d'énormes avancées médicales au cours du XXe siècle pour faire de la santé ce qu'elle représente pour nous aujourd'hui : presque un acquis. La lutte contre les maladies et les infirmités, l'allongement de l'espérance de vie et l'amélioration de la qualité de vie vont aujourd'hui de soi et sont un droit pour tous grâce à l'aide financière de l'assurance maladie.

L'être humain s'est attaché très tôt à protéger les biens matériels. Déjà 2000 ans avant J.-C., les marchands du royaume de Babylone se regroupaient en entités juridiques pour protéger leurs caravanes des brigands. Les emprunts navals remontent environ à la même époque. Le remboursement du prêt avec ses intérêts dépendait de l'arrivée du bateau à bon port. Un naufrage entraînait alors un débiteur à sa perte. C'est ainsi que les commerçants se protégeaient des risques financiers insurmontables.

Plus tard, des monastères ont proposé le versement d'une rente à des membres salariés, moyennant le versement d'une somme rondelette, ou le transfert de propriétés. L'être humain tente ainsi depuis toujours de protéger sa personne, sa famille et ses biens en rejoignant une communauté. La famille, le village et les corporations avaient alors valeur d'institution d'aide et de protection.

De nos jours, l'être humain est un individualiste souvent solitaire. Cette situation éveille un besoin d'aide et de protection, auquel répondent les assurances par une large gamme de contrats de prévention et de protection. Notre société occidentale a atteint un degré de civilisation tel, que chaque citoyen considère comme allant de soi de bénéficier de la meilleure protection possible pour ses biens, son intégrité physique, sa maison, son entreprise, son intégrité morale, son travail, ses loisirs et ses vacances. Il dispose de deux puissants leviers pour atteindre ce but : d'une part en adoptant un comportement de prévention individuel ou collectif et d'autre part en souscrivant des contrats d'assurance.

Le besoin de sécurité

Une assurance repose sur le principe de la solidarité et veille à répondre aux besoins des êtres humains dès leur naissance, à pourvoir à leur sécurité matérielle et à les protéger des dangers. Toutes les précautions et toutes les prescriptions légales ne permettent pourtant pas d'éviter les accidents de parcours. Malgré notre technologie avancée, il existe des risques majeurs que l'être humain ne peut assumer seul. Il suffit de penser aux accidents de la route, aux catastrophes naturelles, aux maladies graves, etc.

Les dangers représentent une menace pour notre sécurité. Par danger, on entend généralement d'éventuelles difficultés financières. Le terme de « danger » est aujourd'hui délaissé au profit de celui de « risque ». Les deux termes couvrent pourtant les mêmes réalités. Les assurances emploient également le terme de risque pour désigner l'objet assuré, p. ex. une usine assurée contre les incendies.

Il existe une grande variété de dangers. Ils peuvent causer des dommages à vos biens et avoirs, toucher les personnes au travers de la maladie ou de la mort; même un simple moment de distraction peut être la cause d'importants dommages et intérêts.

Dangers (risques) pour :		
Personnes	Biens	Avoirs
<ul style="list-style-type: none">• Maladie• Accident• Incapacité de travail• Mort	<p>Destruction partielle, totale ou perte, p. ex. par</p> <ul style="list-style-type: none">• Incendie• Vol• Machine en panne ou hors service• Dégâts des eaux	<p>Dépenses imprévues pour Paiement d'importants dommages et intérêts</p> <ul style="list-style-type: none">• Frais de procédure• Maintien du paiement du salaire après incendie de l'usine

Dans le passé, les êtres humains se regroupaient en groupes de protection pour s'entraider, aujourd'hui ce sont les sociétés d'assurance qui fournissent ce service.

Il existe aujourd'hui une importante offre d'assurances différentes et tout autant de sociétés d'assurance. Presque chaque risque peut ainsi être assuré. C'est pourquoi il est important de pouvoir discerner les risques que l'on peut assumer soi-même, de ceux qui doivent être confiés à une société d'assurance.

Principes d'une assurance

Une assurance fonctionne suivant le principe de la prise en charge collective d'un risque : de nombreuses personnes paient un montant déterminé (= prime d'assurance) pour couvrir la réparation du dommage en cas de réalisation du risque. Seuls quelques-uns des assurés étant touchés par un cas d'assurance, les sommes collectées au moyen des primes couvrent généralement la réparation du dommage. Ce principe ne fonctionne pourtant que si les dommages sont statistiquement quantifiables et que l'on détermine, au moyen d'un calcul mathématique, le montant de la prime à verser par chaque personne participant à ce contrat collectif.

Toutes les assurances ont en commun de couvrir la compensation d'un risque collectif, la part de solidarité pouvant quant à elle être interprétée de diverses manières. Dans le cas d'une assurance privée p. ex., il sera question de « réciprocité », c'est-à-dire que le montant de la prime est lié au niveau des prestations. La compensation du risque s'effectue alors uniquement entre les assurés qui versent les primes les plus élevées. Il n'existe ici aucune solidarité, p. ex. entre riches et pauvres. Il en va tout autrement pour les assurances sociales. Des prélèvements fixes sur revenus garantissent des prestations uniformes (AVS, AI,...) et assurent une répartition solidaire du financement entre riches et pauvres. Il existe aussi des primes fixes qui donnent accès aux mêmes prestations, p. ex. dans le cas de l'assurance maladie de base. Des aides, telles que des subventions de primes, permettent de réduire le manque de solidarité de ce système.

L'assurance maladie de base garantit cependant la solidarité entre les personnes malades et en bonne santé et entre les générations, toutes deux gages de la protection des plus faibles dans un système de santé privé.

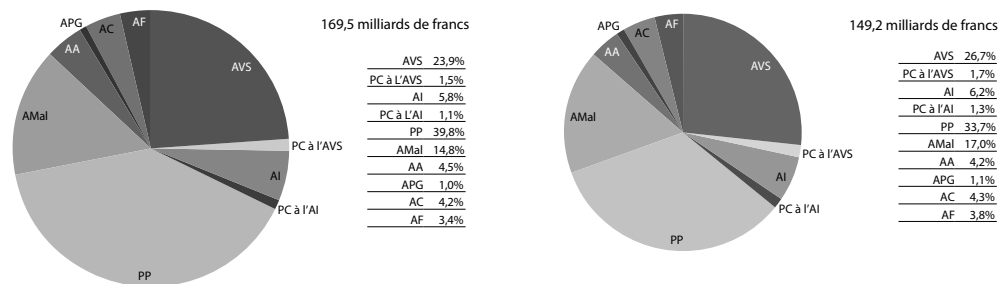
Les assurances sociales se distinguent par **les caractéristiques suivantes** :

1. Égalité des chances : tout individu doit disposer des mêmes possibilités de se protéger contre les maladies et d'avoir accès, si nécessaire, à un traitement approprié
2. Protection des plus faibles
3. Considération de l'ensemble de la population
4. Affectation des ressources là où elles sont le plus indispensables

La protection et la sécurité des personnes, indépendamment de leur santé et de leur profession, est garantie en Suisse par un grand nombre d'assurances différentes (cf. Chapitre 1.3).

Le graphique ci-dessous révèle que la plus grande part des prestations sociales est versée aux personnes âgées (AVS / Caisses de pension), puis viennent les prestations de l'assurance maladie.

Répartition des différentes branches de l'assurance sociale au total, 2013, en % des recettes et des dépenses



Source : Office fédéral des assurances sociales

Les assurances sociales fonctionnent suivant le **principe de subsidiarité**, c.-à-d. qu'elles sont organisées suivant une hiérarchie verticale et non horizontale. Un problème doit ainsi être tout d'abord pris en charge par l'échelon le plus proche.

Exemple

En cas d'accident, l'obligation de payer revient dans l'ordre :

1. A l'assurance militaire, si la personne en dispose
2. A l'assurance accident, si la personne est assurée par son employeur
3. A l'assurance maladie, qui est une assurance obligatoire pour toute personne vivant en Suisse.

Financement des assurances

Le financement des assurances sociales est assuré par :

- des prélèvements sur les salaires et des primes individuelles
- des subventions
- l'État / les cantons / les communes
- les impôts

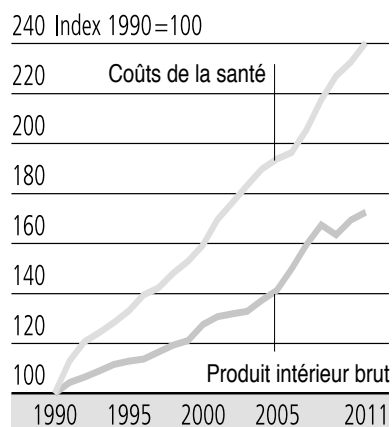
Les pourcentages diffèrent en fonction de l'assurance. Ainsi, l'assurance-maladie est financée uniquement par le biais de primes, l'assurance-invalidité par un certain pourcentage prélevé sur les salaires et des subventions de l'État, l'assurance militaire par l'État.

Les pourcentages prélevés sur les salaires forment la principale source de financement, suivis des subventions publiques et des primes. La contribution de la TVA reste encore relativement réduite.

Flux d'argent

La plupart des assurances sociales fonctionnent grâce au principe de la répartition : les primes versées par les assurés sont directement versées sous la forme de rentes AVS à des personnes âgées. Chaque assurance se doit de disposer de réserves. Il existe toutefois des assurances qui ont adopté un système de capitalisation comme p. ex. les Caisses de pension qui gèrent des comptes individuels.

Financement du système de santé



Les contributions de l'État suisse au fonctionnement du système de santé sont limitées et principalement constituées de subventions pour les hôpitaux, tandis que les soins ambulatoires sont essentiellement financés par les ménages privés (participation aux frais, paiements directs et primes). Un regard sur les 20 dernières années permet d'observer une forte augmentation des coûts des assurances sociales dépassant largement le renchérissement.

Rapport des dépenses de santé au produit intérieur brut dans différents pays de l'OCDE en 2013

Pays	% du PIB
Etats-Unis	16.4%
Pays-Bas	11.1%
France	11.1%
Allemagne	11.0%
Suisse	10.9%
Canada	10.9%
Espagne ¹	10.2%
Suède	8.9%
Royaume-Uni	8.8%
Italie	8.6%
Finlande	8.5%
Irlande ¹	8.5%

*Remarque : Vous trouverez des informations complémentaires sur le site www.bfs.admin.ch.

1.2. LPGA – Définitions, coordination et action judiciaire

La Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) a pour objet de coordonner et d'établir un régime commun des voies de recours. La LPGA, en vigueur depuis 2003, peut être considérée comme la référence en matière du droit des assurances sociales suisses.

Les principales dispositions de la LPGA comportent des articles réglant le fonctionnement des assurances sociales fédérale suivantes :

- L'assurance-vieillesse et survivants (AVS)
- Assurance-invalidité (AI)
- Prestations complémentaires (PC)
- Assurance-chômage (AC)
- Assurance maladie (LAMal)
- Assurance-accidents (LAA)
- Assurance militaire (AM)
- Assurance pour perte de gain (APG)
- Allocations familiales dans l'agriculture (LFA)

La prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité (LPP) est quant à elle principalement régie par le droit privé et ne figure dans la LPGA qu'au titre du droit de coordination. L'assurance d'indemnité journalière au sens la LCA n'est en revanche pas réglée par la LPGA (contrairement à l'assurance d'indemnité journalière au sens de LAMal).

La LPGA

- définit certains termes essentiels (p. ex. accident, maladie, maternité, incapacité de travail, incapacité de gain, invalidité)
- règle la gestion et fixe les procédures légales (décision, opposition, droit de recours, tribunal compétent)
- coordonne les prestations (surindemnisation, prise en charge provisoire, etc.)
- règle la subrogation des assurances sociales à l'égard de tiers.

Délai de prescription

Le droit à des prestations ou à des cotisations arriérées s'éteint au bout de cinq ans (art. 24). Il est donc tout à fait possible de recevoir un rappel de paiement sur des salaires perçus par erreur suite à une révision de l'AVS. Le délai de prescription est de 5 ans. Inversement, il est possible de prétendre à des indemnités journalières en l'espace dudit délai. Certaines assurances appliquent ces dispositions avec quelques modifications en cas de déclaration tardive. C'est tout particulièrement le cas pour l'AI qui ne verse une rente que pour les douze mois précédant la déclaration. L'AI peut réclamer le remboursement des prestations indûment touchées (art. 25). Le délai de prescription est ici aussi de cinq ans. Ce droit de demander la restitution s'éteint un an après que l'assurance a eu connaissance du fait.

Voies de droit

Que faire si vous n'êtes pas d'accord avec une décision d'une assurance sociale ? La LPGa met à votre disposition une voie de droit uniforme pour vous opposer à des décisions d'assurances sociales.

Exemple pratique

Une entreprise se trouve en difficulté suite à une longue période de crise économique. La direction décide d'instaurer le travail à temps partiel. L'Office cantonal de l'industrie du commerce et du travail rejette la demande du fait de son caractère illimité. La décision du rejet est transmise à l'entreprise avec une indication des voies de recours. Dans ce cas, il n'est pas nécessaire de réclamer la décision qui est, resp. sera transmise automatiquement. Si l'entreprise n'est pas d'accord, elle pourra alors faire opposition. Si le contentieux ne devait trouver aucune issue, l'entreprise peut encore déposer un recours auprès du tribunal cantonal des assurances sociales.

Décision

La première étape est de demander à l'assurance sociale de fournir par écrit ladite « Décision », comprenant :

- la description des prestations ou créances rejetées ou une injonction
- une motivation si la décision ne correspond pas entièrement à la demande
- les voies de droit (exprimées généralement comme suit : « La présente décision peut être attaquée dans les trente jours dès sa notification, auprès de..... Le recours doit indiquer les conclusions et les motifs. »)

Opposition

Cette décision peut être attaquée dans les 30 jours auprès de l'assureur social concerné au moyen de la voie de droit décrite précédemment. La procédure d'opposition est gratuite. En règle générale, il ne peut être alloué de dépens. L'assureur social rend ensuite une décision sur opposition qui doit être motivée et mentionner les voies de droit.

Droit de recours

Si la procédure d'opposition ne permet pas de résoudre le contentieux, l'assuré peut déposer un recours auprès d'un tribunal d'instance. Un tel recours peut être déposé contre

- une décision sur opposition
- des décisions excluant toute opposition
- un assureur qui, malgré la demande de l'intéressé, ne rend pas de décision ou de décision sur opposition

Le recours doit être déposé dans les 30 jours suivant la décision prise sur opposition ou la notification de la décision sujette à recours.

Coordination et prise en charge des prestations

La naissance des assurances sociales (sans aucune concertation) s'est accompagnée de nombreux problèmes de mise en œuvre relatifs à la coordination de prestations similaires entre les différentes assurances sociales, ou entre les assurances sociales et les assurances privées et les assurances responsabilité civile.

Le droit régissant la coordination est extrêmement complexe : il associe d'une part les législations respectives de chaque assurance sociale et d'autre part la Loi sur la partie générale des assurances sociales (LPGA) ainsi qu'une large jurisprudence.

Les priorités déterminant la répartition des prestations entre les différentes assurances sociales sont un des fondements du droit de la coordination.

Selon la LPGA, si toutes les conditions des législations respectives sont remplies, la prise en charge, p. ex. d'un traitement médical, s'effectue obligatoirement dans l'ordre suivant :

- l'assurance militaire ;
- l'assurance-accidents ;
- l'assurance-invalidité ;
- l'assurance-maladie.

Le cumul de prestations est un des autres grands principes de la coordination. Sous réserve de satisfaire aux conditions d'ayant droit, il est possible de cumuler les prestations de différentes assurances sociales : p ex. une rente d'invalidité de l'AI, de l'AA et de la Caisse de pension. Ce principe est toutefois restreint et ne s'applique par exemple pas aux allocations pour impotents (p. ex. de l'AI et simultanément de l'assurance-accident).

Exemple pratique

Un employé disposant d'un revenu mensuel de Fr. 5'200.- est en incapacité de travail totale et durable suite à un accident. L'assurance accident lui verse 80 % de son salaire actuel, y compris le 13e mois, soit Fr. 4'500.-. Au terme de la première année, il perçoit également une rente d'invalidité de Fr. 1'620.- En plus de ces sommes, il a également droit à une rente de la Caisse de pension qui s'élève à Fr. 2'000.-. La somme de toutes ces prestations d'assurance est largement supérieure au revenu dont disposait l'assuré avant son accident. Quelle assurance doit alors réduire ses prestations, et dans quelles proportions ? La LPGA est ici très claire : la rente d'invalidité doit être versée en totalité. L'assurance accident verse quant à elle une rente complémentaire à hauteur de 90 % du salaire assuré. Dans ce cas, il s'agit du revenu mensuel perçu avant l'accident. La rente LAA s'élèverait alors à Fr. 3'450.-. Le règlement intérieur de la Caisse de pension régit la surindemnisation comme suit : « Les prestations de la Caisse de pension peuvent être réduites pour autant, qu'une fois additionnées aux prestations des tiers, la somme des prestations forme un revenu de remplacement supérieur à 90 % du dernier revenu. » La Caisse de pension s'appuie ici sur une Ordonnance de la LPP qui la dégage de l'obligation de prestation : l'assuré ne percevra donc pas de rente supplémentaire de sa Caisse de pension.

Le versement de prestations de différentes assurances sociales (p. ex. des rentes et des indemnités journalières) peut faire bénéficier un assuré d'un « revenu » supérieur à celui qu'il aurait en travaillant. Pour éviter ce genre de situation, les prestations sont réduites pour éviter toute surindemnisation (malheureusement selon différentes méthodes de calcul). L'AVS et l'AI ne peuvent en revanche jamais réduire leurs prestations. C'est la dernière assurance dans l'ordre de prise en charge qui réduit ses prestations.

En cas de doute sur la prise en charge d'une prestation, l'ayant droit peut demander la prise en charge provisoire des prestations.

Une procédure d'assurance prend souvent de nombreux mois avant d'aboutir à une décision, ce qui peut être lié à des enquêtes internes ou externes (p. ex. l'obtention d'une expertise). C'est par exemple régulièrement le cas pour les demandes de rente AI. C'est pourquoi la LPGA règle la prise en charge provisoire des prestations.

Exemple pratique :

Un employé est victime d'un traumatisme grave entraînant une incapacité de travail de longue durée. Le droit des assurances n'est pas assez explicite pour décider si l'incapacité de travail est liée ou non à ce traumatisme, ce qui entraîne des années de procès. L'assurance-accidents et la Caisse de pension sont alors toutes deux tenues d'assurer la prise en charge provisoire des prestations.

Sont tenues de prendre provisoirement le cas à leur charge :

- l'assurance-maladie, pour les prestations en nature et les indemnités journalières dont la prise en charge par l'assurance-maladie, l'assurance-accidents, l'assurance militaire ou l'assurance invalidité est contestée ;
- l'assurance-chômage, pour les prestations dont la prise en charge par l'assurance-chômage, l'assurance-maladie, l'assurance-accidents ou l'assurance invalidité est contestée ;
- l'assurance-accidents, pour les prestations dont la prise en charge par l'assurance-accidents ou l'assurance militaire est contestée ;
- la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité au sens de la LPP, pour les rentes dont la prise en charge par l'assurance-accidents ou l'assurance militaire est contestée.

Surindemnisation

Le concours de prestations des différentes assurances sociales ne doit pas conduire à une surindemnisation de l'ayant droit. Les prestations en espèces sont réduites du montant de la surindemnisation.

Ordre des prestations

Les rentes et indemnités sont attribuées dans l'ordre suivant :

- AVS/AI
- Assurance-accidents ou assurance militaire
- Caisse de pension (LPP)

La Caisse de pension est la première à pouvoir réduire ses prestations, puis vient l'assurance-accidents.

La prise en charge des traitements s'effectue pour sa part dans l'ordre suivant (dans les limites légales) :

- Assurance militaire
- Assurance-accidents
- Assurance-invalidité
- Assurance-maladie

Bases légales

- Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1)
- Lois et Ordonnances régissant les différentes assurances sociales

Exercice



Exercice 1.2.1

Le chapitre 2 de la législation sur la LPGA (art. 3 - 13a) contient des «définitions de termes généraux». Voir le lien suivant :

<https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/20002163/index.html#id-2>

Quelles sont les définitions des termes suivants selon la LPGA :

Maladie (art. 3)

Accident (art. 4)

Maternité (art. 5)

Incapacité de travail (art. 6)

Incapacité de gain (art. 7)

Invalidité (art. 8)

Impotence (art. 9)

Salarié(e) (art. 10)

Employeur (art. 11)

Personne exerçant une activité lucrative indépendante (art. 12)

Domicile et résidence habituelle (art. 13)

Partenariat enregistré (art. 13a)

Exercice 1.2.2

Quels sont les autres chapitres de la LPGA ?

1.3. Assurances sociales et assurances privées

Genres d'assurances	Prestation / risque assuré	Abr.
Assurances sociales		
Caisse d'assurance-maladie	Maladies, accidents et maternité	LAMal
Assurance-accident	Accidents et maladies professionnelles	LAA
Assurance-vieillesse et survivants	Prévoyance vieillesse et survivants	AVS
Assurance-invalidité	Réinsertion et garantie de l'existence en cas d'invalidité	AI
Assurance militaire	Maladies, accidents, invalidité et décès	AM
Assurance-chômage	Salaire	AC
Prévoyance professionnelle (2e pilier)	Garantie de l'existence des retraités ainsi que l'invalidité et/ou le décès	LPP
Allocations pour perte de gain	Salaire pendant le service militaire et la maternité	APG
Allocations familiales	Allocation par enfant	AF
Prestations complémentaires AVS / AI	Minimum vital	PC
Assurances privées		
Assurance vie	Vie, décès, invalidité	
Assurance ménage	Biens, effraction, vol, incendie	
Assurance bâtiments	Maison (dommages élémentaires)	
Assurance responsabilité civile privée	Vos propres avoirs en cas de dommages que vous causez à des tiers	
Responsabilité civile automobile	Vos propres avoirs en cas de dommages que vous causez à des tiers avec votre véhicule	
Protection juridique	Assistance juridique en cas de litige	
Assurance voyages	Bagages, frais de santé, rapatriement, assistance	
Assurance animaux de compagnie	Maladie et accidents pour les animaux	

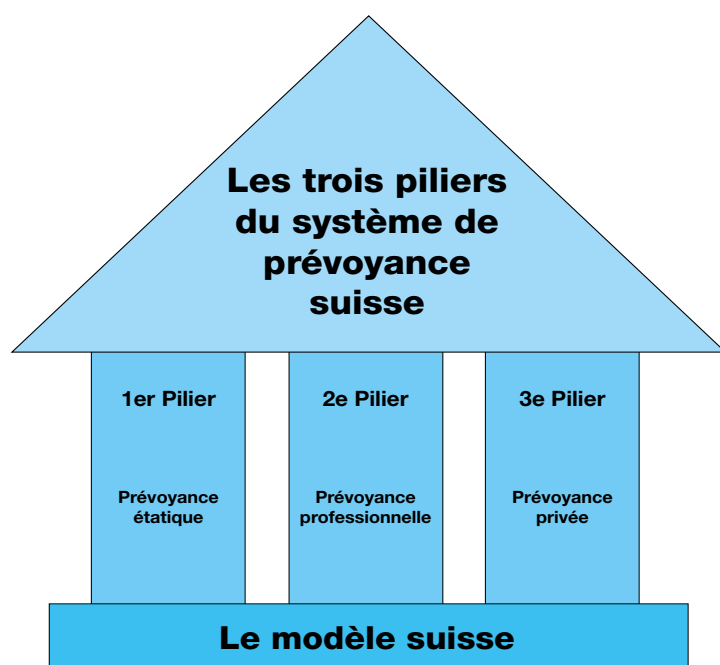
Exercice 1.3.1

Renseignez-vous sur les assurances que votre famille a contractées. Demandez à vos parents s'ils sont disposés à vous communiquer le montant des différentes primes versées. Calculez le coût global annuel, puis comparez les différents coûts en classe.

Exercice

1.4. Le principe des trois piliers

Conformément à l'article 111 de la Constitution fédérale, nos institutions sociales reposent sur le système des trois piliers, qui assure principalement les prestations durables. Il s'agit ici en premier lieu de couvrir les risques liés à la vieillesse, à la mort et à l'invalidité, surtout par des prestations financières.



Exercice 1.4.1

Procurez-vous des documents sur les assurances sociales auprès de différents assureurs et tentez de les classer suivant le principe des trois piliers.

Exercice

Exercice 1.4.2

Consultez le site www.bsv.admin.ch/ → thèmes.

Quel office peut vous renseigner ? Au sujet de quelles assurances ? (Rédigez une liste)

Recherchez le montant maximal et minimal d'une rente AVS pour une personne seule et pour un couple. Enregistrez les réponses dans un document Word et classez-les dans le support de cours.

Exercice

1^{er} pilier	Prévoyance étatique
Le but du premier pilier est de couvrir les besoins vitaux de l'ensemble de la population par :	
<ul style="list-style-type: none"> • l'AVS, assurance-vieillesse et survivants • l'AI, assurance-invalidité • des PC, prestations complémentaires aux rentes AVS/AI • des APG, allocations pour perte de gain 	
2^e pilier	Prévoyance professionnelle
Le but du 2^e pilier est de permettre, en complément au 1^{er} pilier, le maintien du niveau de vie proche du niveau habituel par :	
<ul style="list-style-type: none"> • la LPP, caisses de pension / prévoyance professionnelle • la LAA, assurance-accidents obligatoire 	
3^e pilier	Prévoyance privée
Le but du 3^e pilier est de s'assurer librement un meilleur niveau de vie après la retraite en optant au choix entre :	
3a (la prévoyance liée)	Économiser, assurance vie mixte
3b (la prévoyance libre)	Assurance vie, assurance risque décès, assurance rente

Depuis l'entrée en vigueur de la loi sur le partenariat enregistré, permettant l'enregistrement de deux personnes du même sexe comme partenaires,

- le partenariat enregistré est assimilé au mariage,
- la dissolution judiciaire du partenariat enregistré est assimilée au divorce et
- le partenaire enregistré survivant est assimilé à un veuf.

La loi sur le partenariat enregistré apporte d'énormes modifications à toutes les assurances sociales, plus particulièrement aux prestations du 1^{er} et 2^e pilier.

Exercice

Exercice 1.4.3

Mémorisez les termes « Institution de prévoyance, 1^{er}, 2^e et 3^e pilier, prévoyance étatique, professionnelle et privée », les buts de chaque système de prévoyance et les noms des différentes assurances qui les composent. Faites un schéma ou une représentation graphique dans Word ou Powerpoint du principe des trois piliers, puis reportez de mémoire chaque terme au bon emplacement.

Exercice

Exercice 1.4.4

Créez un tableau sur la base du modèle figurant sur la page suivante. Remplissez-le complètement et enregistrez le tableau dans le dossier.

Aperçu des assurances sociales

Abréviation	Qui paie les cotisations / les primes ?	Montant ?	Personnes assurées ?	Buts et objet de l'assurance	Prestations
AVS					
Assurance-vieillesse et survivants					
AI					
Assurance-invalidité					
PC					
Prestations complémentaires aux rentes AVS et AI					
APG					
Allocations pour perte de gain					
Assurance maternité					
AF					
Allocations familiales					
AC					
Assurance-chômage et indemnité en cas d'insolvabilité					
AM					
Assurance militaire					

2 La prévoyance étatique (1^{er} pilier)

2.1. L'assurance-vieillesse et survivants (AVS)

L'AVS est entrée en vigueur en 1948 avec comme tâche de couvrir les besoins vitaux de base en cas de perte de revenu due à la vieillesse de la personne assurée ou au décès de la personne assurant le soutien de la famille. L'AVS a été l'objet de nombreuses révisions, la 11^e et dernière révision de l'AVS date de 2009.

Principe de l'AVS

L'AVS se fonde en premier lieu sur le principe de la solidarité entre les générations : les rentes en cours sont financées par les générations dites actives qui, à leur tour, bénéficieront des cotisations apportées par les jeunes générations. Cette solidarité découle d'un contrat qui lie les générations pour le financement des retraites. Dans l'AVS, la solidarité se manifeste également entre riches et pauvres, c'est-à-dire entre les personnes assurées qui disposent d'un revenu élevé et celles moins bien loties sur le plan économique. C'est ainsi que les premières paient davantage de cotisations que ne l'exigerait le financement de leur rente, alors que les secondes bénéficient de prestations qui sont en fait élevées par rapport à leurs propres contributions. Cela permet de procéder à une compensation entre les riches et les pauvres. Les bonifications pour tâche éducative ou d'assistance contribuent à la solidarité entre les personnes sans enfants et les mères et pères, d'une part, et entre les personnes sans tâche d'assistance et celles qui prennent en charge des parents nécessitant des soins, d'autre part. Enfin, le partage des revenus (splitting) au sein de l'AVS rend solidaires les conjoints entre eux.

Personnes assurées

Toute personne, domiciliée en Suisse, y exerçant une activité professionnelle ou tout citoyen suisse exerçant une activité professionnelle à l'étranger pour le compte de la Confédération est tenu à l'obligation de cotiser à l'AVS.

Personnes non assurées

Citoyens étrangers bénéficiant d'une immunité et de privilèges conformément aux règles du droit international. Personnes cotisant à une caisse d'assurance-vieillesse et survivants étrangère. Personnes ne satisfaisant à l'obligation de cotiser que pendant une courte période.

Les requérants d'asile sans travail ne sont pas assurés pendant les 6 premiers mois qui suivent leur demande d'asile. Une fois leur statut de réfugié reconnu, ils sont assurés rétroactivement à partir de la date du dépôt de la demande d'asile.

Carte AVS-AI

Le nouveau numéro de carte d'assuré (n° CaDa) à 13 chiffres est utilisé pour l'assurance-vieillesse et survivants (AVS), l'assurance-invalidité (AI) et les allocations pour perte de gain (APG).

Cette nouvelle carte d'assuré n'est délivrée qu'une seule fois et dispose d'un format de type carte de crédit. En plus de ce côté pratique, elle remplit également les exigences actuelles en matière de protection des données en ne portant que le nom, le prénom, la date de naissance et le numéro de l'assuré.

La nouvelle carte est délivrée automatiquement à chaque assuré par son employeur ou par sa caisse de compensation. Les assurés n'ont donc besoin de s'occuper de rien.

Le certificat d'assurance

Il confirme au salarié que son employeur l'a bien inscrit auprès de la caisse de compensation compétente. Le salarié dispose ainsi de la certitude que la caisse ayant établi sa carte gère à présent son compte AVS individuel. Le certificat d'assurance est délivré à chaque fois que l'assuré est inscrit auprès d'une caisse de compensation par son employeur.

Chaque changement d'employeur donne lieu à l'établissement d'un nouveau certificat d'assurance. Le certificat remplace en quelque sorte les cachets de l'ancienne carte AVS. Les certificats d'assurance ne sont ainsi délivrés qu'après un changement d'employeur après le 1er juillet 2008. Les travailleurs indépendants, personnes non actives et rentiers ne reçoivent pas de certificat d'assurance. Ils doivent donc conserver leurs anciennes cartes AVS grises.

Chaque assuré peut demander un extrait de compte à la caisse de compensation qui gère son compte individuel s'il souhaite procéder à un contrôle. Ces extraits de compte sont en général fournis gratuitement. En cas de contestation, il dispose d'un délai de 30 jours à compter de la réception de l'extrait de compte pour faire recours. Plus d'informations à ce sujet sous www.ahv-iv.ch/fr/ et le mémento AVS 1.01.



Exercice

Exercice 2.1.1

Informez vous sur l'AVS sur Internet.

Rendez-vous sur www.ahv-iv.ch/fr/ et sélectionnez la page d'accueil → Services → Mémentos de l'AVS. Imprimez les Mémentos qui vous intéressent particulièrement.

Exécution

La législation et la surveillance de l'AVS sont organisées de manière centralisée : l'Office fédéral des assurances sociales veille à une application uniforme des prescriptions légales. La Centrale de compensation à Genève gère la comptabilité générale de l'AVS et assume d'autres tâches essentielles dont p.ex. l'attribution des numéros d'assuré.

L'application des dispositions légales et le contact direct avec les personnes assurées et les employeurs relèvent en premier lieu des caisses de compensation professionnelles et interprofessionnelles, cantonales et fédérales et de leurs agences respectives. Ce sont elles qui fixent les cotisations et les encaissent. Elles sont responsables du calcul et du versement des prestations de l'AVS aux personnes assurées.

Financement

Les cotisations de l'économie (employeurs, personnes salariées/assurées) et de la Confédération constituent les principales sources de revenus de l'AVS. Une partie de la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) et l'impôt sur les maisons de jeu est également affectée au financement de l'AVS.

Obligation de cotiser

L'obligation de cotiser pour les personnes exerçant une activité lucrative débute au 1er janvier après leur 17e année et au 1er janvier après la 20e année pour les personnes sans activité lucrative. Elle s'éteint avec l'arrêt de l'activité professionnelle ou, au plus tôt, à l'âge ordinaire de la retraite AVS.

La cotisation AVS s'élève à 8,4 % du salaire mensuel et est versée à parts égales par l'employeur et l'employé (4,2 % chacun).

Le calcul des cotisations versées par les personnes exerçant une activité indépendante et celles sans activité lucrative est régit par d'autres règles (cf. mémento de l'AVS).

Prestations

La plus grande partie des prestations de l'AVS est constituée par les rentes de vieillesse et de survivants ainsi que les allocations pour impotents. Les autres prestations de l'AVS sont des contributions aux frais pour moyens auxiliaires, à la Spitex et d'autres institutions d'aide à la vieillesse (Pro Senectute, Croix-Rouge Suisse, etc.).

Toute personne demandant le versement d'une rente de vieillesse ou de survivant doit notifier cette demande par écrit à la caisse de compensation compétente.

Conditions régissant les prestations

Tous les ressortissants suisses vivant en Suisse ou à l'étranger et les étrangers assurés ainsi que leurs survivants, qui ont cotisé au moins une année entière et qui remplissent les conditions requises, peuvent prétendre à une rente. Les rentes peuvent également être versées à l'étranger. Une année entière de cotisation correspond à au moins 11 mois d'assurance obligatoire ou libre pendant lesquels l'assuré a :

- soit versé la cotisation minimale.
- soit n'a pas eu d'activité lucrative, alors que son conjoint, versait au moins le double de la cotisation minimale, à savoir Fr. 960.- (état 2015).
- soit peut prétendre à la prise en compte de bonifications pour tâche éducative et d'assistance.

Droit aux prestations de l'assurance-vieillesse

Le montant de la rente dépend d'une part du revenu annuel moyen déterminant (en tenant compte des bonifications pour tâche éducative et d'assistance) et d'autre part de la durée de cotisation. Les hommes peuvent prétendre à une **rente vieillesse** le jour du mois suivant leur 65 ans révolus et les femmes le jour du mois suivant leur 64 ans révolus (montant maximal de la rente : Fr. 2'350.- par mois). Le droit à la rente arrive à échéance à la fin du mois où la personne assurée est décédée.

Une rente complète est attribuée lorsqu'une personne présente le même nombre d'années de cotisations que les assurés de sa classe d'âge (44 ans), dans le cas contraire on attribue une rente partielle (réduction 1/44e par année manquante). Les rentes acquises sont indépendantes de l'état civil. Il n'existe que des rentes individuelles et des rentes par couples. Les revenus des couples sont divisés et pris en compte séparément (splitting). La somme des rentes perçues par un couple ne peut pas dépasser un plafond de Fr. 3'525.-. (Exception : les époux qui ne vivent plus en ménage commun suite à une décision judiciaire).

Le versement d'une rente peut être anticipé ou ajourné. Une rente anticipée est réduite tout au long de la retraite et aucune rente pour enfant n'est versée durant la période d'anticipation. Tout ajournement d'une rente d'une durée de 5 ans ouvre droit à un supplément d'ajournement.

Une **rente de survivant** peut être octroyée après le décès de l'ayant droit. Elle se compose de types de rentes suivants :

- Rente de veuve ou de veuf
- Rente d'orphelin jusqu'au 18e anniversaire ou jusqu'à l'âge de 25 ans révolus en cas de formation.

Montants des rentes AVS

Les montants des rentes AVS suivant le revenu annuel moyen peuvent être consultés dans l'échelle 44.

Skala Echelle 44		Monatliche Vollrenten Rentes complètes mensuelles			Beträge in Franken Montants en francs	
Bestimmungsgrösse Base de calcul	Alters- und Invali- denrente Rente de vieillesse et d'invalidité	Alters- und Invalidenrente für Witwen/Witwer Rente de vieillesse et d'invalidité pour veuves/veufs	Hinterlassenenrenten und Leistungen an Angehörige Rentes de survivants et rentes complémentaires aux proches parents			
Massgebendes durchschnittliches Jahreseinkommen Revenu annuel moyen déterminant			Witwen/Witwer Veuves/Veufs	Zusatzrente Rente complémen- taire	Waisen- und Kinder- rente Rente d'orphelin ou pour enfant	Waisenrente 60 % *) Rente d'orphelin 60 % *)
	1/1			1/1	1/1	1/1
bis jusqu'à						
14 100	1 175	1 410	940	353	470	705
15 510	1 206	1 447	964	362	482	723
16 920	1 236	1 483	989	371	494	742
18 330	1 267	1 520	1 013	380	507	760
19 740	1 297	1 557	1 038	389	519	778
21 150	1 328	1 593	1 062	398	531	797
22 560	1 358	1 630	1 087	407	543	815
23 970	1 389	1 667	1 111	417	556	833
25 380	1 419	1 703	1 136	426	568	852
26 790	1 450	1 740	1 160	435	580	870
28 200	1 481	1 777	1 184	444	592	888
29 610	1 511	1 813	1 209	453	604	907
31 020	1 542	1 850	1 233	462	617	925
32 430	1 572	1 887	1 258	472	629	943
33 840	1 603	1 923	1 282	481	641	962
35 250	1 633	1 960	1 307	490	653	980
36 660	1 664	1 997	1 331	499	666	998
38 070	1 694	2 033	1 355	508	678	1 017
39 480	1 725	2 070	1 380	517	690	1 035
40 890	1 755	2 106	1 404	527	702	1 053
42 300	1 786	2 143	1 429	536	714	1 072
43 710	1 805	2 166	1 444	541	722	1 083
45 120	1 824	2 188	1 459	547	729	1 094
46 530	1 842	2 211	1 474	553	737	1 105
47 940	1 861	2 233	1 489	558	744	1 117
49 350	1 880	2 256	1 504	564	752	1 128
50 760	1 899	2 279	1 519	570	760	1 139
52 170	1 918	2 301	1 534	575	767	1 151
53 580	1 936	2 324	1 549	581	775	1 162
54 990	1 955	2 346	1 564	587	782	1 173
56 400	1 974	2 350	1 579	592	790	1 184
57 810	1 993	2 350	1 594	598	797	1 196
59 220	2 012	2 350	1 609	603	805	1 207
60 630	2 030	2 350	1 624	609	812	1 218
62 040	2 049	2 350	1 639	615	820	1 230
63 450	2 068	2 350	1 654	620	827	1 241
64 860	2 087	2 350	1 669	626	835	1 252
66 270	2 106	2 350	1 684	632	842	1 263
67 680	2 124	2 350	1 700	637	850	1 275
69 090	2 143	2 350	1 715	643	857	1 286
70 500	2 162	2 350	1 730	649	865	1 297
71 910	2 181	2 350	1 745	654	872	1 308
73 320	2 200	2 350	1 760	660	880	1 320
74 730	2 218	2 350	1 775	666	887	1 331
76 140	2 237	2 350	1 790	671	895	1 342
77 550	2 256	2 350	1 805	677	902	1 354
78 960	2 275	2 350	1 820	682	910	1 365
80 370	2 294	2 350	1 835	688	917	1 376
81 780	2 312	2 350	1 850	694	925	1 387
83 190	2 331	2 350	1 865	699	932	1 399
84 600	2 350	2 350	1 880	705	940	1 410
und mehr et plus						

*) Beträge gelten auch für Vollwaisen- und ganze Doppel-Kinderrenten

*) Montants également applicables aux rentes d'orphelins doubles et aux rentes entières doubles pour enfants

Allocations pour impotents et moyens auxiliaires

Les bénéficiaires d'une rente de vieillesse ou à de prestations complémentaires à l'AVS peuvent prétendre à une allocation pour impotent (besoin d'une aide extérieure) à condition

- qu'ils présentent une impotence grave, moyenne ou faible ;
- que leur impotence ait duré sans interruption durant une année au moins et
- qu'ils ne puissent pas prétendre à une allocation pour impotent de l'assurance-accidents obligatoire ou de l'assurance militaire.

Si la personne assurée bénéficiait déjà d'une allocation d'impotence de l'AI avant le droit à la rente de vieillesse, elle continuera d'en bénéficier; au moins du montant équivalent.

L'octroi d'une allocation pour impotent ne dépend ni du revenu, ni de la fortune, mais du degré d'impotence :

- Pour une impotence grave Fr. 940.-.
- Pour une impotence moyenne Fr. 588.-
- Pour une impotence faible Fr. 235.-

Moyens auxiliaires : la vieillesse peut s'accompagner de troubles de la santé qui peuvent être partiellement ou entièrement supprimés à l'aide d'appareils auditifs, de lunettes-loupes, de prothèses, de fauteuils roulants, etc. L'AVS verse une contribution financière pour une large palette de moyens auxiliaires aux bénéficiaires de rentes de vieillesse domiciliés en Suisse.

Voies de recours

Les prestations sont attribuées ou refusées par une décision. Le demandeur peut déposer un recours en l'espace de 30 jours auprès de l'organe émetteur. Cette décision peut être renvoyée devant le Tribunal cantonal des assurances sociales en l'espace de 30 jours en cas de refus. En dernier recours, il est encore possible de saisir dans les 30 jours le Tribunal fédéral avec un recours de droit administratif. Toute la procédure est gratuite.

Renseignements

Pour plus de renseignements, les assurés peuvent contacter l'agence AVS de la commune en charge de leur domicile (cf. www.ahv-iv.ch/fr/Contacts/Caisses-cantoniales-de-compensation).



Des lacunes dans les cotisations ont pour conséquence une réduction disproportionnée de la rente vieillesse et doivent donc être évitées impérativement. Si vous partez p. ex. pour un tour du monde ou effectuez une formation de plus d'une année, vous pouvez, de votre propre initiative, verser le montant annuel minimal. Renseignez-vous le cas échéant auprès de votre caisse AVS. Veillez aussi à vérifier si votre employeur vous a bien inscrit à l'AVS et que les cotisations à l'AVS sont versées régulièrement sur votre compte. L'AVS ne vous avertit malheureusement pas en cas de défaut de versement. C'est à vous qu'il revient de mandater l'AVS d'engager une procédure contre un employeur qui ne verse pas les cotisations. Vous disposez d'un délai de prescription de 5 ans pour signaler tout manque, faute de quoi votre rente vieillesse sera réduite. La confiance n'exclut pas le contrôle !

Exercice 2.1.2

Gertrude K. vit depuis 10 ans avec Paul G. Son revenu étant extrêmement confortable, elle n'a pas besoin de travailler et l'accompagne souvent dans ses longs voyages d'affaires. Qu'en est-il de ses droits vis-à-vis de l'AVS ? Que lui conseillez-vous ?

Exercice

Exercice 2.1.3

Pavel est parti en retraite ordinaire à l'âge de 65 ans. Il touche une rente AVS et voudrait retourner dans son pays d'origine, la République Tchèque, pour ses 66 ans. Va-t-il continuer à percevoir sa rente AVS suisse une fois rentré chez lui ? Sa rente va-t-elle être adaptée au niveau de vie de la République Tchèque ?

Exercice

2.2. L'assurance-invalidité (AI)

L'assurance-invalidité est une assurance obligatoire pour tous au même titre que l'AVS. Jusqu'à la création de l'assurance-invalidité, la réinsertion et le soutien aux invalides étaient assurés par de nombreuses organisations. Il faut remonter jusqu'en 1912 pour trouver les premières traces de l'AI en Suisse et il aura fallu encore de nombreux efforts avant que l'assurance-invalidité trouve sa place dans le droit suisse.

L'idée de départ de l'assurance-invalidité

Dans le passé, l'aide aux personnes invalides visait en tout premier lieu à garantir un minimum vital aux individus exclus du système économique en raison d'un handicap grâce à une assistance publique et privée.

Plus tard, l'introduction de l'AI a généralisé l'idée qu'une politique d'aide sociale doit s'occuper en tout premier lieu de réduire, voire de supprimer les handicaps des personnes invalides. C'est l'idée de base sur laquelle repose l'assurance-invalidité en Suisse. Des mesures de réadaptation ciblées doivent permettre aux personnes handicapées de s'assumer totalement ou partiellement pour réduire au maximum leur dépendance. Son credo est la « réinsertion avant la rente », tient à la fois de d'objectif et d'instrument.

C'est finalement au 1er janvier 1960 que l'assurance-invalidité a commencé son œuvre. Depuis ce jour, elle a été améliorée par plusieurs révisions.

Personnes assurées

L'assurance-invalidité est une assurance obligatoire pour tous. Sont assurées les mêmes personnes que celles assurées par l'AVS. Il s'agit donc de toute personne, domiciliée en Suisse, y exerçant une activité professionnelle ou cotisant librement à l'AVS. La durée minimale de cotisation pour pouvoir prétendre à une rente AI est en revanche de 3 ans.

Exécution

L'exécution de l'AI est assurée par des offices cantonaux sous la surveillance de la Confédération. Ils sont compétents pour la mesure du taux d'invalidité et déterminent les mesures de réadaptation nécessaires. Ils collaborent activement avec les autres assurances sociales et les médecins. Chaque office AI bénéficie d'une certaine autonomie dans l'organisation de son travail. Le mode de travail est donc dans une certaine mesure différent d'un office AI à l'autre.

Les caisses de compensation de l'AVS collectent les cotisations et participent à l'examen des conditions préalables. En outre, la caisse de compensation s'occupe également du calcul des rentes et des indemnités journalières et en assure le versement.

Financement

Le financement de l'AI s'effectue par répartition, c'est-à-dire que toutes les dépenses d'une année doivent être couvertes par les cotisations de la même année.

Une moitié des dépenses est prise en charge par la Confédération (2/3) et les cantons (1/3); ce à quoi s'ajoute la cotisation de 1,4 % du salaire AVS répartie à parts égales entre salarié et employeur (0,7 % chacun).

En 2013, les recettes de l'assurance-invalidité se sont élevées à 9,9 milliards de francs, les dépenses à 9,3 milliards de francs, soit un bénéfice d'environ 0,6 milliards de francs.

Mais malgré un meilleur résultat à la clôture des comptes, la situation financière de l'assurance-invalidité reste critique. Fin 2013, les dettes de l'assurance-invalidité s'élevaient à 13,8 milliards de francs, soit l'équivalent d'environ une fois et demi ses recettes.

Finances de l'assurance-invalidité

Évolution du nombre de rentiers/rentières AI en Suisse, en fonction de la cause de l'invalidité, 2000–2013

Année	Total	Groupes principaux			Répartition des maladies			
		Infirmité congénitale	Maladies	Accident	Maladies psychiques	Système nerveux	Squelette et organes moteurs	Autre
2000	199'000	27'000	151'000	21'000	63'000	14'000	42'000	32'000
2001	212'000	27'000	163'000	22'000	70'000	15'000	46'000	33'000
2002	224'000	27'000	174'000	23'000	77'000	15'000	48'000	34'000
2003	236'000	28'000	185'000	24'000	84'000	16'000	51'000	34'000
2004	244'000	28'000	192'000	24'000	89'000	16'000	53'000	34'000
2005	252'000	28'000	200'000	24'000	94'000	17'000	54'000	34'000
2006	250'000	28'000	198'000	24'000	96'000	17'000	52'000	33'000
2007	248'000	28'000	197'000	23'000	97'000	17'000	51'000	32'000
2008	247'000	28'000	196'000	23'000	99'000	17'000	49'000	31'000
2009	244'000	29'000	193'000	22'000	100'000	17'000	47'000	30'000
2010	241'000	29'000	191'000	21'000	101'000	17'000	44'000	29'000
2011	238'000	29'000	189'000	21'000	102'000	17'000	42'000	28'000
2012	235'000	29'000	186'000	20'000	102'000	18'000	40'000	27'000
2013	230'000	29'000	183'000	19'000	102'000	18'000	37'000	26'000
2014	226'000	29'000	180'000	18'000	102'000	18'000	35'000	25'000

Source : Office fédéral des assurances sociales www.bsv.admin.ch

Exercice

Exercice 2.2.1

Discutez de cette évolution en petits groupes. Que remarquez-vous ?

Les Suisses ont approuvé lors de la votation populaire du 17 juin 2007 la 5e révision de l'AI (à 59,1 %), entrée en vigueur le 1er janvier 2008.

La révision poursuit deux objectifs principaux :

1. Amélioration de l'intégration dans le monde du travail pour réduire le nombre de nouvelles rentes
2. Contribution à l'amélioration de la situation financière de l'AI par différentes mesures d'économie

Le 27 septembre 2009, le peuple a donné son accord au financement additionnel de l'AI par relèvement temporaire des taux de TVA de 0,4 % pour la période de 2011 à 2017. Ce financement additionnel limité permettra de combler le déficit de l'AI. Ainsi, les dettes de l'AI cesseront d'augmenter et ses comptes pourront être séparés de ceux de l'AVS. L'AVS ne sera alors plus tenue de compenser les cotisations manquantes de l'AI, ce qui mettra un frein à l'affectation des réserves de l'AVS à l'AI. Le financement additionnel permet de gagner du temps pour préparer un plan de réduction des dépenses équitable.

Au cours de cette période transitoire de financement additionnel, les comptes de l'assurance-invalidité seront redressés durablement avec la **6e révision**, en particulier par le biais de mesures d'économies pour que l'AI recouvre une bonne santé financière à l'échéance du financement additionnel. La première partie de la 6e révision est entrée en vigueur en 2012.

Les premières mesures (6a), déjà en vigueur, contiennent les points suivants :

- **Révision des rentes axée sur la réadaptation** (exploitation ciblée du potentiel de réadaptation)
- **Nouveau mécanisme de financement** (réductions ciblées des dépenses au seul bénéfice de l'AI)
- **Concurrence dans l'acquisition de moyens auxiliaires** (réduction des prix des moyens auxiliaire par la concurrence)
- **Contribution d'assistance** (destinée au financement de prestations fournies par des personnes physiques)

Le Conseil national et le Conseil des États n'ayant pas pu trouver d'accord, la deuxième partie de la 6e révision a été rejetée.

Obligation de cotiser

Les personnes soumises à l'obligation de cotiser à l'AVS sont également tenues de cotiser à l'AI. L'obligation de cotiser pour les personnes exerçant une activité lucrative débute le 01.01 après le 17e anniversaire et le 01.01 après l'âge de 20 ans révolus pour les personnes n'exerçant aucune activité lucrative. Elle s'achève après avoir atteint l'âge de la retraite, avec l'arrêt d'une activité professionnelle.

Les personnes sans activité lucrative ne cotisent pas si leur épouse/leur époux exerce une activité lucrative aux termes de l'AVS et que la cotisation s'élève au minimum à 950 francs (le double du montant minimal).

Obligation de cotiser	
Employé	1,4 % du salaire (dont la moitié est payée par l'employeur)
Travailleurs indépendants	1,4 % du revenu net
Personnes sans activité lucrative	Cotisation AVS-AI comprise entre Fr. 480.- et Fr. 24'000.- par an

Prestations

L'AI assure deux grands groupes de prestations :

Suivant son credo « Réinsertion avant la rente », l'AI propose deux groupes de prestations :	
Mesures de réadaptation	Dans le but de rétablir, de maintenir ou d'améliorer la capacité au gain. La capacité au gain est assimilée à la capacité d'accomplir des travaux habituels (par ex. le ménage).
Prestations en espèces	Sous la forme de rentes ou d'allocations pour impotent, si la réadaptation ne peut pas être atteinte ou est insuffisante.

Les prestations de l'AI visent à :

- prévenir, réduire ou éliminer l'invalidité par des mesures de réadaptation appropriées, simples et adéquates,
- compenser les effets économiques de l'invalidité en couvrant les besoins vitaux dans une mesure appropriée,
- aider les assurés concernés à mener une vie autonome et responsable.

Avant d'aborder en détail les différentes prestations de l'AI, il faut définir clairement les deux notions essentielles que sont l'invalidité et l'infirmité congénitale.

La notion d'invalidité

Le terme « invalide » est issu du latin où il signifie « faible » ou « « mauvaise santé ». Aujourd'hui, il est plus juste d'employer les termes de « handicap » et « handicapé ». Lors de la 5e révision de l'AI, il a un moment été question de remplacer le terme « invalidité » par un autre terme. Le Conseil fédéral y a finalement renoncé parce que cela semblait trop difficile. Aux termes de l'assurance-invalidité, il faut entendre par invalidité toute incapacité de gain résultant d'une atteinte à la santé physique ou mentale, resp. l'incapacité de s'occuper des tâches exercées auparavant (p.ex. le ménage). Mais il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. L'invalidité correspond pour l'essentiel à l'incapacité de gain, sauf ce que celle-ci va probablement être définitive ou subsister pendant un certain temps. Que cette atteinte à la santé provienne d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident ne joue ici aucun rôle.

L'invalidité d'une personne est reconnue lorsque les trois conditions suivantes sont réunies :

- La personne concernée souffre d'une atteinte à la santé (p. ex. infirmité congénitale)
- L'incapacité de gain ou l'incapacité d'accomplir les tâches habituelles (p.ex. métier exercé, ménage) est permanente ou de longue durée
- Lorsqu'il existe un lien entre l'incapacité et l'atteinte à la santé

Il apparaît clairement dans ce tableau que la reconnaissance d'une invalidité réclame à la fois un élément médical, un élément économique ainsi qu'un lien entre ces éléments.

Infirmité congénitale

Sont réputées infirmités congénitales, les infirmités présentes dès la naissance. Les infirmités congénitales sont énumérées dans une liste établie par le Conseil fédéral.

(<http://www.admin.ch/> Page d'accueil → Législation → Recueil systématique → Droit interne → Page de garde → SR 831.232.21 Ordonnance sur l'infirmité congénitale)

L'AI prend en charge toutes les mesures médicales nécessaires au traitement d'une infirmité congénitale jusqu'à la fin du mois au cours duquel l'assuré a accompli sa 20e année, après quoi c'est l'assurance-maladie de l'assuré qui prend en charge toutes les prestations liées à l'infirmité congénitale.

Exercice 2.2.2

En vous appuyant sur l'Ordonnance concernant les infirmités congénitales, essayez de déterminer si l'AI prendra en charge les traitements pour ces deux infirmités congénitales :

- Malformations congénitales du larynx et de la trachée
- Syndrome de Down (trisomie 21)

Dans quel but l'AI prend-elle en charge des traitements médicaux pour des infirmités congénitales, et pour quelles raisons certaines infirmités figurent dans l'Ordonnance concernant les infirmités congénitales alors que d'autres non?

Exercice

A - Mesures de réinsertion

Comme il a déjà été mentionné, le premier objectif de l'AI est la réinsertion, à savoir d'essayer de recouvrer, d'améliorer, de maintenir à l'aide de tous les moyens acceptables la capacité à exercer une activité lucrative ou de conserver ses compétences professionnelles. Les mesures de réinsertion sont accordées indifféremment si la personne a ou non déjà exercé une activité professionnelle avant sa prise en charge par l'AI. La mise en place des mesures de réinsertion tient bien entendu compte du reste de la vie active du bénéficiaire.

Prestations de détection et d'intervention précoce

Le but de l'intervention précoce est le maintien de postes de travail et la diminution des cas d'invalidité. Plus celle-ci tarde à s'effectuer et moins grandes sont les chances que la personne puisse un jour retrouver son poste de travail. Seule une détection précoce des cas permet à l'AI d'intervenir rapidement avec des mesures de prévention. Une annonce peut être faite à l'AI dès qu'une personne a présenté une incapacité de travail ininterrompue de 30 jours au moins, ou s'est absentée de manière répétée pour des périodes de courte durée pendant une année.

Sont habilités à annoncer un cas :

- la personne assurée ainsi que son représentant légal ;
- les membres de la famille faisant ménage commun avec la personne assurée ;
- l'employeur de la personne assurée ;
- le médecin traitant de la personne assurée ;
- les autres assurances sociales (assurance-chômage, assurance-maladie, assurance-accidents, assurance militaire, institutions de prévoyance professionnelle) ;
- les organismes d'assurance privée (complémentaires maladie ou caisses de pension) ;
- les organismes d'aide sociale.

L'assuré doit être informé au préalable de l'annonce, mais ne peut en aucun cas interdire son envoi à l'AI.

L'AI s'informe ensuite sur la situation professionnelle et personnelle de l'assuré en examinant attentivement l'origine et les conséquences de l'incapacité de travail. Elle peut convoquer la personne assurée et si nécessaire son employeur à un entretien de détection précoce.

Exercice



Exercice 2.2.3

Rendez-vous sur www.ahv-iv.info → Prestations de l'AI → Formulaire et remplissez le formulaire 001.100 «Formulaire de communication pour adulte : Détection précoce». Vous y trouverez également d'autres formulaires importants pour l'AI. Sélectionnez un formulaire et amenez-le dûment rempli pour le prochain cours.

Le but de l'intervention précoce est d'intervenir rapidement auprès de la personne assurée alors que son droit à des prestations AI n'a pas encore été tiré au clair.

Des mesures simples et rapides, parallèlement à la prise de décision de l'AI, peuvent éviter que des personnes ne soient complètement ou partiellement exclues du monde du travail. C'est pourquoi les mesures d'intervention précoce entrent en vigueur dès l'annonce du cas à l'AI et durent au maximum de six mois.

Parmi les mesures employées figurent :

- aménagement du poste de travail
- cours de formation
- service de placement
- orientation professionnelle de base
- réadaptation socioprofessionnelle
- mesures d'occupation

Mesures médicales

Les assurés ont droit à des mesures médicales jusqu'à leur 20^e année. Ces mesures ne constituent pas exclusivement un traitement contre la maladie, mais doivent également permettre de maintenir ou d'améliorer la capacité de gain ou d'éviter la perte d'un emploi.

Elles comprennent des mesures :

1. pour le traitement d'infirmités congénitales.
Elles sont prises en charge par l'AI dès le début du traitement jusqu'à la 20^{ème} année. Après la 20^{ème} année, les frais sont pris en charge par l'assurance-maladie.
2. pour la réinsertion professionnelle de jeunes (supprimer une situation d'échec permanente).
Il s'agit ici d'exceptions, le traitement de maladies ou de suites d'accidents relevant en premier lieu de l'assurance-maladie ou de l'assurance-accidents.
Elles sont prises en charge par l'AI du début du traitement jusqu'à 20 ans.

Les mesures médicales comprennent :

Le traitement médical délivré par le médecin ou une prescription thérapeutique pour des soins spécialisés ainsi que des médicaments et des séjours hospitaliers en division communale.

Mesures d'intégration destinées à préparer la réinsertion professionnelle

Toute personne assurée ayant été touchée pendant au minimum six mois par une incapacité de travail au moins égale à 50 %, a droit à des mesures d'intégration destinées à préparer la réinsertion professionnelle.

Sont réputées mesures d'intégration toutes mesures visant à favoriser la réinsertion :

- Mesures de réadaptation socioprofessionnelle ;
- Mesures d'occupation.

Un assuré peut bénéficier de différentes mesures d'intégration, mais la durée totale de celles-ci ne peut pas dépasser un an. Elles peuvent être exceptionnellement prolongées d'une année au maximum.

Mesures professionnelles

Font partie des mesures professionnelles :

- Orientation professionnelle par un conseiller professionnel de l'AI
- Formation professionnelle initiale (prise en charge du surcoût lié à l'invalidité)
- Reconversion
- Allocation de reclassement
- Aide financière (si nécessaire, prêt à taux préférentiel pour la mise en place ou l'extension d'une activité lucrative indépendante)
- Service de placement

La reconversion est l'ensemble des mesures mises en œuvre pour permettre à une personne dotée d'une formation professionnelle et déjà intégrée dans le monde du travail de reprendre une activité lucrative. Le droit à des mesures de reconversion existe lorsqu'une nouvelle formation professionnelle a des chances de maintenir ou d'améliorer la capacité au gain.

Exemple

Afin de suivre l'évolution technologique, une architecte sourde désire compléter sa formation afin de pouvoir créer des simulations 3D. Elle souhaite donc suivre des cours dans ce domaine. Son handicap lui impose de disposer d'un interprète en langue des signes. L'assurée ne doit donc pas suivre cette formation pour son invalidité en tant que telle mais pour approfondir ses compétences techniques et rester en phase avec le marché du travail.

Une aide à la formation professionnelle initiale est accordée aux assurés n'ayant encore jamais exercé d'activité lucrative et dont le handicap engendre un important coût supplémentaire lors de la formation initiale. Ces personnes bénéficient de la prise en charge des frais de formation, pour autant qu'elles disposent des capacités à suivre la formation.

Font partie des formations professionnelles initiales :

- Un apprentissage, une formation avec attestation fédérale ou une formation élémentaire au sens de la Loi sur la formation professionnelle ;
- L'école moyenne, l'école spécialisée et la haute école ;
- Le programme de formation ordinaire intégré à une préparation

Les mesures d'accompagnement professionnel prennent effet dès leur attribution et s'éteignent à l'âge de la retraite ou d'un départ en retraite anticipé.

Les assurés ayant trouvé un emploi grâce à une agence de placement peuvent, pendant

la période d'apprentissage ou d'initiation, continuer à bénéficier de l'allocation d'initiation au travail pendant un maximum de 180 jours. Cette allocation est limitée à 80 % du dernier revenu perçu (montant maximal de l'indemnité journalière) et est versée pendant au maximum 180 jours.

Formation spéciale

Les coûts pour des mesures thérapeutiques pédagogiques (p. ex. traitement des troubles du langage) ainsi que les frais de repas et de transport à l'école peuvent, si nécessaire, être pris en charge en plus des coûts liés à une formation spéciale.

Durée : à compter de l'école enfantine et jusqu'à l'âge de 20 ans.

Moyens auxiliaires

L'assuré a droit aux moyens auxiliaires dont il a besoin pour exercer une activité lucrative et pour maintenir ou améliorer sa capacité de gain. Les frais de prothèses dentaires, de lunettes et de supports plantaires ne sont pris en charge par l'assurance que si ces moyens auxiliaires sont le complément important de mesures médicales de réinsertion. L'assuré qui, par suite de son invalidité, a besoin d'appareils coûteux pour se déplacer, établir des contacts avec son entourage ou développer son autonomie personnelle, a droit, sans égard à sa capacité de gain, à de tels moyens auxiliaires.

Les moyens auxiliaires pris en charge par l'AI sont inscrits dans une liste établie par le Conseil fédéral.

Exercice 2.2.4

Consultez le site www.admin.ch → Législation → Recueil systématique → Droit interne → Mot clé «SR 831.232.51», lisez l'ordonnance concernant la remise de moyens auxiliaire par l'assurance-invalidité et répondez aux questions suivantes :

Exercice

Quand des lentilles de contact sont-elles prises en charge par l'AI ?

A quelles conditions les frais d'un appareil d'écoute pour supports sonores sont-ils pris en charge ?

Que comprend la contribution forfaitaire d'un montant de Fr. 15'500 concernant les chiens d'assistance pour handicapés moteurs ?

Différence entre les listes des moyens auxiliaires de l'AI et de l'AVS

La liste des moyens auxiliaires de l'AVS est beaucoup moins importante que celle de l'AI. L'AVS ne verse qu'une contribution alors que l'AI les rembourse généralement intégralement.

Prestations accessoires

Il s'agit de prestations liées à la mise en œuvre d'une mesure prise en charge par l'AI.

Frais de voyage (transports publics), si la personne assurée est contrainte, en raison de son invalidité, d'utiliser un autre moyen de transport que les transports publics, les frais encourus peuvent être pris en charge.

B - Prestations en espèces

Indemnités journalières

L'assuré a droit à une indemnité journalière pendant l'exécution des mesures de réinsertion si ces mesures l'empêchent d'exercer une activité lucrative durant trois jours consécutifs au moins, ou s'il présente, dans son activité habituelle, une incapacité de travail de 50 % au moins. Une indemnité journalière peut également être attribuée au cours des mesures d'instruction. Les indemnités journalières sont destinées à garantir la subsistance des assurés et de leur famille pendant la période de réinsertion.

Dans certains cas, par exemple lorsque l'assuré n'a aucune perte de gain due à l'invalidité ou s'il perçoit une rente, l'AI ne peut pas accorder d'indemnités journalières.

L'indemnité journalière se compose de l'indemnité de base, à laquelle tous les assurés ont droit et d'une prestation pour les assurés qui ont des enfants. L'AI connaît deux types d'indemnités journalières : la « petite indemnité journalière » et la « grande indemnité journalière ».

Petite indemnité journalière

La petite indemnité journalière est accordée aux assurés dès l'âge de 18 ans en cours de formation professionnelle initiale ou à ceux qui fréquentent une école spéciale.

La petite indemnité journalière correspond à 10 % du montant maximum du gain assuré selon l'assurance-accident. Les assurés en cours de formation professionnelle initiale qui, sans une atteinte à leur santé, auraient achevé leur formation et se trouveraient déjà dans la vie active, reçoivent 30 % du montant maximum du gain journalier assuré selon l'assurance-maladie.

Grande indemnité journalière

Elle correspond à 80 % du revenu de la dernière activité lucrative exercée par l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé mais elle s'élève à 80 %, au plus, du montant maximum du gain journalier assuré selon l'assurance-maladie.

Prestation pour enfant

Une prestation pour enfant peut venir s'ajouter à l'indemnité journalière. Elle s'élève pour chaque enfant à 2 % du montant maximum de l'indemnité journalière de l'assurance-maladie.

Rente d'invalidité

Les assurances sociales utilisent la même notion d'invalidité depuis l'entrée en vigueur de la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA).

Des traitements médicaux et des mesures raisonnables de réinsertion doivent être appliqués avant de déterminer le taux d'invalidité. Le taux d'invalidité est déterminé à l'aide de la méthode de comparaison des revenus. Le revenu sans invalidité est comparé avec le revenu d'invalidité.

Revenu sans invalidité

Est réputé revenu sans invalidité le revenu que pourrait réaliser une personne sans une atteinte à sa santé. Il s'agit donc d'un revenu hypothétique car il est impossible de réaliser ce revenu en raison de l'atteinte à la santé. Son montant doit donc être déterminé à la date de comparaison, c'est-à-dire au moment où l'incapacité de travail n'aurait pas empêché l'exercice de l'activité professionnelle. Les activités lucratives accessoires, les allocations, les bonifications, etc. sont prises en considération en plus du revenu de l'activité principale, dans la mesure où ils sont soumis à l'AVS.

Le revenu d'invalidité correspond au revenu qu'une personne pourrait raisonnablement réaliser dans les circonstances actuelles. Il tient compte de l'atteinte à la santé et de son effet sur la capacité de travail dans un marché du travail stable. L'assurance-invalidité ne peut pas se baser sur le marché du travail réel, celui-ci règle uniquement les prestations de l'assurance-chômage, ou autrement dit : si le marché du travail est en crise, c'est le risque de chômage qui croît et non celui d'invalidité ! Le marché du travail est réputé stable lorsque l'offre et la demande s'équilibrent. Dans le cas contraire, cette situation doit être prise en considération pour la détermination de la rente.

Les causes étrangères à l'invalidité, qui empêchent l'exercice de l'activité professionnelle, telles que l'âge ou des connaissances linguistiques limitées, n'ont aucune influence sur l'évaluation de la rente. Le revenu sans invalidité peut être en partie déterminé en fonction du revenu réalisé précédemment, par exemple en cas d'invalidité partielle. L'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) est ici souvent d'une grande aide. La détermination du revenu d'invalidité tient autant compte de facteurs médicaux objectifs que de données subjectives, les valeurs des tables peuvent ainsi être réduites selon les cas (p. ex. en fonction des années de service, de la nationalité ou du taux d'occupation). La valeur de la table peut être réduite au maximum de 25 %.

Le rapport entre le revenu sans invalidité et le revenu d'invalidité s'écrit comme suit :

$$\frac{(\text{Revenu sans invalidité moins revenu d'invalidité}) * 100}{\text{Revenu sans invalidité}}$$

Exemple

Une personne gagnerait Fr. 100'000.– sans problèmes de santé (= revenu sans invalidité). Le revenu d'invalidité (revenu qu'elle pourrait encore raisonnablement réaliser) s'élève à Fr. 40'000.–. Par conséquent, le taux d'invalidité est estimé à 60 % :

$$\frac{(100'000 - 40'000) * 100}{100'000}$$

Cette méthode de calcul du taux d'invalidité, se basant sur la comparaison des revenus, est appelée méthode générale. Il existe également la méthode spécifique, qui s'applique aux personnes sans activité lucrative s'appuyant sur une estimation des valeurs de comparaison.

La méthode générale ainsi que la méthode spécifique sont utilisées pour les assurés qui exercent une activité lucrative à temps partiel. Cette méthode est appelée méthode mixte d'évaluation. Avec cette méthode, une partie du taux d'invalidité est déterminée avec la comparaison des revenus, l'autre avec la méthode de comparaison des champs d'activités dans le ménage. Le degré respectif d'invalidité est pondéré proportionnellement, la somme des deux constitue le taux d'invalidité déterminant pour la rente AI. Exemple :

Salarié avec un taux d'occupation de 50 %			
Activité lucrative exercée à 60 %	Limitation 50 %	Pondération à 60 %	30.0 %
Ménage (donc) 40 %	Limitation 28 %	Pondération à 40 %	11.2 %
Taux d'invalidité total (déterminant pour la rente)			41.2 %

Pour bénéficier d'une rente AI, une personne doit présenter une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année ininterrompue (appelée « année de carence ») et, au terme de cette année, être invalide à 40 % au moins.

La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité :

Degré d'invalidité	Droit à la rente en fraction d'une rente entière
40 % au moins	un quart
50 % au moins	une demie
60 % au moins	trois quarts
70 % au moins	rente entière

Les rentes AI sont principalement calculées en fonction du système prévalant pour les rentes AVS. Les rentes de l'AI correspondent donc à celles de l'AVS car comme pour l'AVS, elles prennent également en compte la durée de cotisations et le montant des revenus. L'assuré qui présente, sans lacune dans ses cotisations, un taux d'invalidité de plus de 70 %, peut bénéficier, sans égard à ses revenus précédents, d'une rente maximale AI de Fr. 2'340.- par mois (état en 2013).

Allocation pour impotent

L'allocation pour impotent doit faciliter les choix dans les domaines centraux de la vie. Ses bénéficiaires sont les enfants et les adultes jusqu'à l'âge de l'AVS (également dans les cas d'anticipation de la rente de vieillesse). Lorsque l'assuré atteint l'âge de l'AVS, l'allocation pour impotent de l'AI est remplacée par une allocation de l'AVS (l'AVS comprend l'impotence faible depuis le 01.01.2011).

Contrairement à la rente AI, l'allocation pour impotent n'est accordée que si l'assuré a son domicile en Suisse. L'allocation peut être demandée lorsque l'assuré a présenté une impotence durant un an au moins. L'AI ne verse aucune allocation pour impotent si l'assuré bénéficie déjà de cette allocation de la part de l'assurance-accidents ou de l'assurance militaire.

L'allocation pour impotent est accordée si l'assuré a besoin de l'aide d'autrui pour accomplir les actes ordinaires de la vie quotidienne.

Valent comme actes ordinaires de la vie quotidienne :

- Se vêtir, se dévêtir
- Se lever, s'asseoir, se coucher
- Manger et boire
- Faire sa toilette
- Aller aux toilettes
- Se déplacer / entretenir des contacts sociaux

L'impotence est faible, si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin :

- de façon régulière et importante, de l'aide d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie ;
- d'une surveillance personnelle permanente ou
- de façon permanente, de soins particulièrement astreignants, exigés par l'infirmité de l'assuré ;
- de services considérables et réguliers de tiers lorsqu'en raison d'une grave atteinte des organes sensoriels ou d'une grave infirmité corporelle,
- il ne peut entretenir des contacts sociaux avec son entourage que grâce à eux.

En outre, est réputée impotente toute personne qui vit à la maison en raison d'une atteinte à sa santé et qui nécessite un accompagnement durable. C'est le cas, par exemple lorsqu'un assuré majeur, qui ne vit pas dans un home, a besoin de l'assistance médicale de tiers pour vivre de façon autonome. De plus, le bénéficiaire doit avoir besoin du soutien d'autrui pour les actes et les contacts à l'extérieur de son appartement ou il doit y avoir un risque sérieux qu'il s'isole du monde extérieur de façon durable. Toute personne qui nécessite un accompagnement selon cette définition a droit à une allocation pour impotence faible.

L'impotence est moyenne si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin :

- d'une aide régulière et importante de tiers pour accomplir la plupart des actes ordinaires de la vie (au moins 4) ;
- d'une aide régulière et importante de tiers pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et nécessite, en outre, une surveillance personnelle permanente ou d'une aide régulière et importante de tiers pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et nécessite, en outre, un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie.

L'impotence est grave lorsque :

- l'assuré est entièrement impotent. C'est le cas s'il a besoin d'une aide régulière et importante de tiers pour tous les actes ordinaires de la vie et que son état nécessite, en outre, des soins permanents ou une surveillance personnelle.

Montant de l'allocation pour impotent :

Impotence	à la maison	dans un home
Faible	Fr. 470.-	Fr. 118.-
Moyenne	Fr. 1'175.-	Fr. 294.-
Grave	Fr. 1'880.-	Fr. 470.-

L'allocation versée aux mineurs impotents qui, en plus, ont besoin de soins intenses, est augmentée d'un supplément pour soins intenses ; celui-ci n'est pas accordé lors d'un séjour dans un home.

En fonction du besoin de soins découlant de l'invalidité, le montant mensuel de ce supplément s'élève à :

Besoin de soins	supplément pour soins intenses
4 heures au moins	Fr. 470.-
6 heures au moins	Fr. 940.-
8 heures au moins	Fr. 1'410.-

Contribution d'assistance

Dans le cadre de la 4e révision de l'AI, les cantons de Bâle-Ville, de Saint-Gall et du Valais ont lancé un projet pilote avec un budget d'assistance. Il s'agit ici d'une contribution (CHF 32.90 par heure, resp. CHF 49.40 par heure), qui doit permettre aux personnes invalides de mener une vie autonome. Par la modification de l'ordonnance sur l'assurance-invalidité dans le cadre de la révision 6a, le Conseil fédéral a intégré définitivement la contribution d'assistance au catalogue des prestations de l'assurance-invalidité.

Exercice

Exercice 2.2.5

Veuillez répondre aux questions suivantes en vous basant sur le mémento 4.14 (que vous trouverez sous www.ahv-iv.info → Prestations → Mémentos → Prestations de l'AI) :

a) Quelles sont les conditions requises pour bénéficier d'une contribution d'assistance ?

b) A combien se monte la contribution d'assistance (taux et durée) ?

Quelles sont les conditions requises pour bénéficier d'une contribution d'assistance ?

Les personnes majeures doivent habiter chez elles, toucher une allocation pour impotents et remplir en plus au minimum une des conditions ci-après :

- tenir leur propre ménage
- suivre une formation professionnelle sur le marché du travail régulier ou une formation
- du degré secondaire ou tertiaire
- exercer une activité lucrative sur le marché du travail régulier pendant au min. 10 heures par semaine
- déjà percevoir une contribution d'assistance en raison d'un supplément pour soins intenses pour une surveillance des soins ou une surveillance personnelle pendant au min. six heures par jour lorsque la personne concernée atteint la majorité.

Les personnes mineures doivent également vivre chez elles et toucher une allocation pour impotents.

Ici, les conditions supplémentaires suivantes s'appliquent :

- suivre régulièrement les cours de la scolarité obligatoire, une formation professionnelle sur le marché du travail régulier ou une formation de degré secondaire II ;
- exercer une activité lucrative sur le marché du travail régulier pendant au min. 10 heures par semaine
- toucher un supplément pour soins intenses pour des besoins de surveillance de soins et de surveillance personnelle
- pendant au min. 6 heures par jour

A combien se monte la contribution d'assistance (taux et durée) ?

La contribution d'assistance se calcule en fonction du temps nécessaire pour les prestations d'assistance. C'est réglé comme suit dans le RAI :

- en cas d'impotence légère : 20 heures
- en cas d'impotence moyenne : 30 heures
- en cas d'impotence grave : 40 heures
- pour les prestations d'assistance dans les domaines : Pour l'éducation et la garde des enfants, l'exercice d'une activité caritative ou bénévole, la formation professionnelle et continue et l'exercice de l'activité lucrative sur le marché du travail régulier, le taux maximal est de 60 heures
- pour la surveillance en journée, il est possible de toucher des prestations pour au max. 120 heures

Le droit à une contribution d'assistance débute au plus tôt au moment où la personne concernée fait valoir ce droit. Ce droit s'éteint si les conditions requises pour faire valoir ce droit ne sont plus remplies, l'âge de la rente AVS a été atteint ou en cas de décès.

Montant de la contribution d'assistance

La contribution d'assistance s'élève à Fr. 32.50 par heure.

Si la personne chargée de l'assistance a besoin de qualifications spéciales pour les prestations d'assistance liées à une activité professionnelle ou à une formation, la contribution d'assistance est de Fr. 48.75 par heure.

L'office de l'AI fixe la contribution d'assistance pour les gardes de nuit en fonction de l'intensité des prestations à fournir. Elle s'élève au maximum à Fr. 86.70 par nuit.

Voies de recours

Droit aux prestations

Quiconque sollicite des prestations de l'AI doit déposer une demande auprès de l'office AI de son canton de domicile au moyen du formulaire de demande officiel. La demande doit être signée par l'assuré ou par son représentant légal. Le formulaire de demande est disponible :

- auprès de l'office AVS du canton de domicile
- sur Internet

A la réception de la demande

- L'office AI vérifie l'identité de la personne et les conditions d'assurance
- L'office AI rassemble les documents nécessaires :
 1. Rapports médicaux
 2. Comptes-rendus de l'employeur
 3. Éventuellement les bulletins d'impôts
- L'office AI mène le cas échéant une enquête sur le terrain
- L'office AI s'attache éventuellement à préparer une orientation professionnelle
- L'office AI ordonne, si nécessaire, des enquêtes professionnelles ou médicales (ambulatoires ou stationnaires) complémentaires.

Une fois tous les documents en sa possession, l'office AI examine la recevabilité de la demande et communique sa décision à l'assuré (refus ou acceptation). Plus un cas est simple et clair, plus rapide est la prise de décision.

Droit de recours

Une procédure de préavis informe l'assuré de la décision que prendra l'Office AI. L'assuré dispose alors d'une période de 30 jours pour manifester son désaccord et transmettre, le cas échéant, de nouveaux documents à l'office.

Si la décision de l'office touche une obligation de prestation d'un autre organisme d'assurance (p. ex. de l'assurance-accidents ou maladie), cette dernière peut s'exprimer auprès de l'AI. Les parties peuvent faire valoir leurs objections contre la décision préliminaire de l'AI en l'espace de 30 jours. Il s'agit d'un délai légal et donc d'un délai qui ne peut pas être prolongé. Cette procédure est gratuite.

Après notification de la décision, l'assuré peut user de son droit de recours. Il peut :

- Déposer un recours par écrit dans un délai de 30 jours auprès du Tribunal des assurances du canton de domicile. Ces recours sont soumis à des frais de justice allant de Fr. 200.- à Fr. 1'000.- en fonction de la procédure (exception : procès gratuits). Si la partie faisant recours obtient gain de cause, les frais de justice sont à la charge de l'office AI.
- Le jugement de ce tribunal peut être contesté par voie de recours auprès de la Cour de droit social du Tribunal fédéral dans un délai de 30 jours. Le jugement du Tribunal fédéral est de dernière instance, c.-à-d. qu'il ne peut plus être contesté. Cette procédure est également soumise à des frais de justice d'un montant de Fr. 500.-

Exercice 2.2.6

Débattez en classe du paiement des rentes AI à l'étranger.

Préparez le débat en vous informant sur Internet www.google.ch. Recherchez aussi la brochure « Quitter la Suisse ». Saisissez maintenant le texte « AI à l'étranger ». Recherchez dans les différents résultats les informations suivantes : une rente AI peut-elle également être perçue à l'étranger ? Est-ce également le cas pour des allocations pour impotent ? Qu'est-ce que cela représente pour un invalide à 50 % qui a besoin de l'aide d'autrui pour accomplir les actes ordinaires de la vie quotidienne ? Prenez des notes.

Exercice 2.2.7

Rédigez une lettre de recours dans laquelle vous exposez clairement votre point de vue sur un malentendu. Proposez une meilleure solution. Adressez la lettre au membre du Conseil fédéral compétent en la matière.

En complément : Qui est actuellement le conseiller ou la conseillère fédéral(e) compétent(e) ?

Exercice 2.2.8

Expliquez le terme d'infirmité congénitale.

Sous quelle(s) condition(s) peut-on prétendre à des prestations de l'AI ?

Sous quelle(s) condition(s) le droit à des prestations de l'AI s'éteint-il ?

La révision 6a de l'AI a introduit la contribution d'assistance dans toute la Suisse. Qui peut en bénéficier ?

Exercice 2.2.12

Une personne a manifestement besoin de l'assistance d'un tiers pour se lever, s'asseoir et se coucher. En outre, la personne concernée présente un risque sérieux de s'isoler du monde extérieur de façon durable. La personne a-t-elle droit à une prestation de l'AI ?

Exercice

Exercice 2.2.13

« Monsieur K est contremaître maçon et dispose d'un revenu mensuel de Fr. 7'000.-. Il touche également une gratification égale à un mois de salaire au terme de chaque année. Une hernie discale l'empêche de poursuivre son activité. L'AI soutient sa reconversion dans le secteur commercial (école de commerce). Après l'obtention de ses diplômes, M. K obtient un poste administratif auprès de son ancien employeur. Son nouveau revenu mensuel s'élève à présent à Fr. 4'200.-, auxquels s'ajoute toujours une gratification annuelle égale à un salaire mensuel.

Est-ce que Monsieur K. peut prétendre à d'autres prestations de l'AI après la réussite de sa reconversion ? Si oui, lesquelles ?

Exercice

2.3. Prestations complémentaires AVS / AI (PC)

Les prestations de l'AVS et de l'AI ont été introduites en 1966 dans le cadre d'une solution transitoire destinée à couvrir les besoins vitaux des assurés. L'AVS et l'AI n'étant toujours pas en mesure d'atteindre cet objectif, les prestations complémentaires sont venues compléter ces prestations tout en étant inscrites dans la Constitution en tant que mesure provisoire. Les prestations complémentaires viennent aujourd'hui en aide lorsque les rentes AVS et AI ne permettent pas de couvrir les besoins vitaux. Les montants sont adaptés à chaque individu.

Les prestations complémentaires sont régies par la Loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (LPC) et sont versées par les cantons.

Les prestations complémentaires ne sont pas, à proprement parler, une assurance sociale car elles ne sont pas financées par des primes des assurés. C'est pourquoi on ne peut pas parler ici de personnes assurées.

Ont droit aux prestations complémentaires, les personnes dont le revenu pris en compte est inférieur au revenu minimum fixé dans les PC et :

- qui ont un droit propre à une rente de l'AVS (même en cas d'anticipation), à une rente de l'AI, à une allocation pour impotent de l'AI après 18 ans ou qui touchent une indemnité journalière de l'AI pendant six mois au moins, de nationalité suisse et qui sont domiciliées et résidentes en Suisse;
- les personnes d'autres nationalités, qui ont habité en Suisse de manière ininterrompue durant dix ans, peuvent également toucher des PC. Pour les réfugiés ou les apatrides, ce délai est de cinq ans.
- en règle générale sans délai de carence pour les ressortissants d'un État membre de l'UE, à qui l'accord sur la libre circulation des personnes est applicable (Belgique, Danemark, Allemagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Grande-Bretagne, Irlande, Italie, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Pays-Bas, Autriche, Pologne, Portugal, Suède, Slovénie, Slovaquie, Espagne, République tchèque, Hongrie et Chypre) ou des ressortissants de l'AELE (Norvège, Islande et Liechtenstein).

Exécution

Les prestations complémentaires sont délivrées par les cantons. Dans les cantons de Bâle-Ville, Genève et Zurich, c'est l'agence AVS locale qui gère cette tâche, tandis que pour tous les autres cantons, c'est la caisse cantonale de compensation qui s'occupe de l'exécution. Une demande de prestations complémentaires doit toujours être déposée auprès de l'organe compétent du lieu de domicile civil (ce dernier se situe au lieu de domicile principal et de séjour permanent, un séjour dans un home ne constitue pas un domicile civil). Le contrôle de l'exécution des prestations complémentaires est assuré par l'Office fédéral des assurances sociales.

Prestations

Les prestations sont attribuées aux ayants droits en fonction de leurs besoins individuels. On distingue deux catégories de prestations :

- Les prestations complémentaires annuelles, versées chaque mois
- Les remboursements de frais de maladie et d'invalidité

Les bénéficiaires de prestations complémentaires sont par ailleurs exonérés des redevances Billag. Les montants destinés à la couverture des besoins vitaux peuvent être consultés dans les mémentos (www.ahv-iv.info → Prestations complémentaires → Mémentos)

Les principales dépenses sont :

- Couverture des besoins vitaux
- Loyer d'un appartement
- Primes d'assurance réduites
- Taxe journalière dans un home
- Dépenses personnelles dans un home
- Cotisation AVS/AI pour des personnes sans activité lucrative

Les principales recettes sont :

- Rentes AVS/AI
- Toutes les autres rentes (Caisses de pension, LAA, assurance privée, etc.)
- Revenu de l'activité lucrative
- Imputation de la fortune
- Revenus de la fortune
- Fortune déssaisie

Le site de Pro Senectute permet un calcul approximatif simple et rapide du droit à une prestation complémentaire.

(<https://www.pro-senectute.ch/fr/calcul-de-prestations-complementaires.html>)



Le droit à des prestations prend naissance le premier jour du mois où la demande a été déposée. Si la demande s'effectue dans les six mois après l'attribution d'une rente AVS/AI ou d'une indemnité journalière AI, le droit à une prestation complémentaire naît le même mois que la demande de rente, au plus tôt avec l'attribution de la rente. Ce droit s'éteint au terme du mois où la situation personnelle ou économique ne correspond plus aux conditions d'attribution.

Les ayants droits à une prestation complémentaire annuelle bénéficient également du remboursement des frais de maladie et d'invalidité figurant dans la Loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI. Sont concernés les :

- frais dentaires;
- frais d'aide, de soins et d'assistance à domicile ou dans d'autres structures ambulatoires (Spitex) ;
- frais liés aux cures balnéaires et aux séjours de convalescence prescrits par un médecin ;
- frais liés à un régime alimentaire particulier ;
- frais de transport vers le centre de soins le plus proche ;
- frais de moyens auxiliaires ;
- frais payés au titre de la participation aux coûts de l'assurance-maladie.

Les montants des frais de maladie et d'invalidité sont limités. Les plafonds suivants s'appliquent :

Pour les personnes vivant à domicile :

- Personnes seules ou veuves, conjoints de personnes vivant dans un home ou un hôpital : Fr. 25'000
- Couples : Fr. 50'000
- Orphelins de père et de mère : Fr. 10'000

Pour les personnes vivant dans un home ou un hôpital le maximum est de Fr. 6'000.

Selon les droits dont bénéficie le conjoint, le montant minimal des frais augmente significativement pour les personnes vivant à domicile qui ont droit à une allocation pour impotent de l'AI ou de l'assurance-accidents (cf. OPC).

Financement

Les prestations complémentaires annuelles sont supportées à hauteur de cinq huitièmes par la Confédération et de trois huitièmes par les cantons. Les frais de maladie et d'invalidité sont financés par la Confédération.

Droit aux prestations

Une demande de prestations complémentaires doit être déposée par écrit au moyen du formulaire correspondant auprès de l'agence AVS de votre domicile.

Voies de recours

Les prestations sont attribuées ou refusées par une décision qui peut faire l'objet d'une opposition dans les 30 jours suivant sa notification. En cas de refus, un recours peut être déposé dans les 30 jours au Tribunal cantonal des assurances sociales. En dernier recours, il est encore possible de saisir dans les 30 jours le Tribunal fédéral avec un recours de droit administratif. Toute la procédure est gratuite.

Renseignements

L'organe émetteur de votre lieu de domicile est généralement votre agence AVS. (Mémento 5.01 et 5.02 sous www.ahv.ch)

Exercice 2.3.1

Madame Anna K. est impotente et vit dans un home. Sa rente AVS ne suffit pas à couvrir ses besoins vitaux. Aura-t-elle droit à des prestations complémentaires ?
Vous trouverez la réponse sous : www.bsv.admin.ch

Exercice

Exercice 2.3.2

Rendez-vous sur la page suivante :

<https://www.pro-senectute.ch/fr/calcul-de-prestations-complementaires.html>

Calculez ensuite la prestation complémentaire annuelle à laquelle aurait droit une personne bénéficiant d'une rente AVS de Fr. 1'700 et touchant Fr. 5'000 de sa caisse de pension sachant qu'elle paie un loyer mensuel de Fr. 1'000 francs. Refaites ensuite le même calcul en tenant cette fois compte d'une fortune de Fr. 100'000. A combien s'élève la différence entre ces deux montants ? Combien de temps va-t-elle exister ?

Exercice

2.4. Allocation pour perte de gain (APG)

L'allocation pour perte de gain (APG) a été introduite par le droit d'urgence après le déclenchement de la Deuxième guerre mondiale et n'a intégré la Constitution qu'en 1947, après la guerre. Son but était de compenser partiellement la perte de gain engendrée par l'accomplissement de certaines tâches au service de l'État tels le service militaire, civil ou au sein de la Croix-Rouge. L'APG compense aujourd'hui aussi partiellement la perte de gain de mères exerçant une activité lucrative.

Personnes assurées

Tout comme pour l'AVS et l'AI, toute personne domiciliée et ou travaillant en Suisse est obligatoirement assurée à l'APG.

La carte de compensation et le livret de service servent de justificatif pour ouvrir des droits.

L'allocation pour perte de gain (APG) est versée aux personnes qui :

- servent dans l'armée suisse,
- servent dans la Croix-Rouge ou dans l'aide humanitaire,
- accomplissent un service civil,
- servent dans la protection civile,
- participent aux cours fédéraux ou cantonaux pour cadres de Jeunesse + Sport,
- participent aux cours pour moniteurs de jeunes tireurs,
- depuis le 01.07.2005, pour l'allocation maternité.

Exécution

La gestion de l'APG est confiée aux différents organes de l'AVS, en collaboration avec les comptables des unités militaires ou des comptables de la protection civile. Le Conseil fédéral a une obligation de surveillance sur l'APG.

Financement

Le financement de l'APG est assuré par une obligation de cotiser identique à celle de l'AVS. L'encaissement des cotisations s'effectue, tout comme pour l'AVS, par les caisses de compensation.

Depuis le 1er janvier 2012, le taux de cotisation de l'APG est de 0,45 % du salaire. Les cotisations sont versées respectivement pour moitié par les salariés et les employeurs.

Prestations

Prestations au cours de l'accomplissement d'un service

L'APG garantit, en plus de l'allocation de base, le versement d'allocations pour enfants, de frais de garde et d'exploitation.

L'allocation de base

Cette allocation doit revenir à toute personne accomplissant un service, indépendamment de son état civil. Au contraire de la LACI, les APG prévoient une indemnité pour chaque jour de service, samedis et dimanches compris. Le montant de l'allocation de base dépend du type de service (école de recrue ou cours de répétition) et si l'on exerçait une activité lucrative avant de faire son service.

Le montant de l'allocation de base est calculé comme suit :

Catégorie de personne en service	Allocation		
	En % du revenu moyen perçu avant le service	Montant minimal par jour fr.	Montant maximal par jour fr.
Recrues	–	62.–	62.–
Personnes avec activité lucrative	80 %	62.–	196.–
	80 %*	111.–	196.–
Personnes sans activité lucrative	–	62.–	62.–
	–*	62.–	111.–

* Pendant certains services accomplis en vue de l'obtention d'un grade supérieur ou d'une nouvelle fonction (p. ex. école de sous-officiers, école d'officiers, paiement de galons).

Allocation pour enfant

Peuvent prétendre à l'allocation les personnes qui ont à leur charge des enfants de moins de 18 ans, ou de moins de 25 ans s'ils sont encore en formation. L'allocation pour enfant n'est pas seulement réservée aux propres enfants, mais également aux enfants recueillis et naturels en faveur desquels la personne qui fait du service assume gratuitement et durablement les frais d'entretien et d'éducation. L'APG est limitée à Fr. 245.–, aussi est-il possible que l'allocation pour enfants ne soit pas versée en totalité pour tous les enfants.

Allocation pour frais de garde

Les personnes qui font du service, qui vivent en ménage commun avec un ou plusieurs enfants de moins de 16 ans et accomplissent une période de service de deux jours consécutifs au moins, ont droit à une allocation pour frais de garde si elles peuvent attester que leur service les empêche d'assumer la garde de leurs enfants. N'entrent toutefois pas en ligne de compte pour le remboursement les pertes de gain que subissent les tiers du fait qu'ils s'occupent des enfants pendant la période de service. Sont remboursés les coûts effectifs à partir de Fr. 20.– par période de service, mais au plus jusqu'à concurrence de Fr. 67.– par jour de service. L'argent est versé directement en sus de l'allocation pour enfant.

Allocation d'exploitation

Cette allocation est destinée aux personnes qui font un service, supportent les frais d'une entreprise (locaux commerciaux, etc.) et retirent l'essentiel de leur revenu de l'exercice d'une activité indépendante. A certaines conditions, l'allocation d'exploitation peut également entrer en ligne de compte pour des membres de la famille, s'ils travaillent pour l'essentiel au sein de l'entreprise familiale agricole. Son montant s'élève actuellement à Fr. 67.– par jour.

Demande d'une APG

Lors de chaque service, le participant reçoit une carte de compensation dans laquelle les jours de service ou de cours accomplis sont notés. Le formulaire dûment rempli est transmis :

à la caisse de compensation, lorsqu'il est indépendant ou sans activité lucrative ;
à l'employeur, lorsqu'il est salarié. Celui-ci confirme les données et transmet le formulaire à la caisse de compensation correspondante.

L'allocation APG est soumise aux cotisations de l'assurance sociale.

Indemnités journalières en cas de maternité

Toutes les femmes exerçant une activité lucrative – salariée ou indépendante – disposent d'un droit à 14 semaines (98 jours) d'allocation de maternité. Elles doivent pour ce faire avoir été assurées obligatoirement au sens de l'AVS durant les neuf mois précédant l'accouchement.

En cas d'accouchement avant le 9e mois de grossesse, la période d'assurance minimale obligatoire est réduite comme suit :

- Entre le 8e et le 9e mois de grossesse : 8 mois
- Entre le 7e et le 8e mois de grossesse : 7 mois
- Avant le 7e mois de grossesse : 6 mois

Les mères en incapacité de travail au moment de l'accouchement, ou qui ne remplissent pas la durée d'assurance prévue en raison d'une incapacité de travail, ont droit à l'allocation si elles ont bénéficié jusqu'à l'accouchement d'une allocation pour perte de gain suite à un accident ou une maladie ou d'une indemnité journalière de l'AI.

Durée du droit

Le droit aux prestations prend effet le jour de l'accouchement et s'éteint au plus tard après 14 semaines ou 98 jours. Si la mère reprend son activité lucrative durant cette période, à temps plein ou partiel, ou qu'elle décède, le droit s'éteint de manière anticipée.

Si l'enfant doit séjourner longtemps à l'hôpital, la mère peut demander que le droit à l'allocation ne s'ouvre qu'au moment où l'enfant arrive à la maison.

Montant de l'indemnité journalière

Le montant de l'indemnité journalière est calculé sur la base du dernier salaire déterminant perçu avant l'accouchement. Ce calcul ne tient pas compte des jours pendant lesquels la mère a perçu un revenu partiel suite à une maladie, un accident, au chômage ou tout autre motif indépendant de sa volonté.

L'indemnité journalière se monte à 80 % du dernier revenu de l'activité réalisé avant l'accouchement, mais au plus à Fr. 196.– par jour. Ce montant maximal est atteint à partir d'un salaire mensuel de Fr. 7'350.–. Les personnes, dont le revenu est plus élevé, ne peuvent pas prétendre à une indemnité journalière supérieure. L'employeur n'est pas tenu de compléter le montant de l'allocation. En fonction des conventions collectives de travail, certains employeurs versent des allocations de maternité supérieures au minimum légal (durée de 16 semaines, maintien de 100 % du salaire, etc.).

L'allocation de maternité est soumise à l'obligation de cotiser à la prévoyance professionnelle (LPP).

Toute femme touchant ou pouvant toucher (qui remplit donc les conditions requises mais ne la touche pas) une indemnité journalière de l'assurance-chômage à la naissance d'un enfant a également droit à cette allocation.

L'allocation n'est pas versée automatiquement et doit faire l'objet d'une demande auprès de la caisse compensation compétente.

L'allocation maternité n'est versée que tant la mère interrompt effectivement son activité lucrative après la naissance de l'enfant, mais pour une durée maximale de 14 semaines. Le versement de l'allocation maternité n'est par ailleurs pas lié à une reprise d'activité lucrative au terme du congé maternité de 14 semaines.

Toute reprise d'activité lucrative avant la fin des 14 semaines de congé maternité entraîne systématiquement l'extinction du droit à une allocation. L'assurance maternité prime sur toutes les autres assurances sociales et exclut le versement des indemnités journalières de l'AC, de l'AI, de l'AA, de l'AM et des APG pour les personnes faisant du service.

Renseignements

Pour plus de renseignements, les assurés peuvent contacter la caisse de compensation cantonale ou l'agence AVS de la commune en charge de leur domicile. (Mémento 6.01 sous www.ausgleichskasse.ch)

Voies de recours

La procédure d'attribution des APG se déroule dans un premier temps sans le moindre formulaire à remplir. En cas de désaccord, il est possible de demander une décision opposable auprès de la caisse de compensation AVS. La personne assurée peut alors faire opposition auprès de l'organe émetteur dans les 30 jours suivant sa notification. En cas de refus, un recours peut être déposé dans les 30 jours au Tribunal cantonal des assurances sociales. En dernier recours, il est encore possible de saisir dans les 30 jours le Tribunal fédéral avec un recours de droit administratif. Toute la procédure est gratuite.

2.5. Allocations familiales

Il n'existe toujours pas de législation fédérale réglant l'attribution des allocations familiales de manière uniforme pour l'ensemble de la population. Le critère principal est et reste la situation socioprofessionnelle des parents. La législation spéciale régissant les allocations familiales pour les personnes travaillant dans l'agriculture reste en vigueur dans le cadre de la Loi sur les allocations familiales (LAFam). La LAFam fixe les montants minimaux, les cantons étant libres de verser des prestations plus élevées. Les allocations familiales ne sont pas du domaine exclusif de la Confédération, les cantons disposant dans certains domaines de grandes marges de manœuvre.

Exécution

Les organes d'exécution des allocations familiales sont les caisses de compensation pour allocations familiales professionnelles reconnues par les cantons, les caisses cantonales d'allocations familiales et les caisses de compensation pour allocations familiales gérées par des caisses de compensation AVS.

Un Registre des allocations familiales de la Centrale de compensation (CdC) a été mis en place au 01.01.2011 pour lutter contre le cumul d'allocations familiales et pour augmenter la transparence dans le versement des allocations. Ce registre est consultable en accès limité en se rendant à l'adresse suivante : www.infoafam.zas.admin.ch. Les organes d'exécution disposent pour leur part d'un accès complet. Les données saisies dans ce registre peuvent être effacées dans certaines conditions (p. ex. mesures de protection des enfants).

Personnes assurées

Les employés dont le salaire est soumis à la cotisation AVS et ne travaillant pas dans le secteur agricole ont droit aux allocations familiales au sens de la LAFam.

Les personnes travaillant dans le secteur agricole ont, quant à elles, droit aux allocations familiales pour travailleurs agricoles au sens de la Loi fédérale sur les allocations familiales dans l'agriculture (LFA).

Les personnes sans activité lucrative au sens de l'AVS, disposant de revenus modestes, ont par principe droit à des allocations familiales. Le droit aux allocations familiales n'est accordé que si le revenu imposable est égal ou inférieur à une fois et demie le montant d'une rente de vieillesse complète maximale de l'AVS et qu'aucune prestation complémentaire de l'AVS/AI n'est perçue.

Prestations

Selon la loi fédérale sur les allocations familiales, les allocations mensuelles suivantes devront au minimum être versées pour chaque enfant dans tous les cantons :

- Une allocation pour enfant d'un montant mensuel de 200.00 fr. jusqu'à l'âge de 16 ans.
- Une allocation de formation professionnelle d'un montant mensuel de 250.00 fr. pour les enfants âgés de 16 à 25 ans.

Les personnes travaillant à temps partiel ont également droit à des allocations familiales complètes, à condition que leur salaire mensuel soit d'au moins Fr. 585.-. En cas de plusieurs employeurs, c'est la somme des revenus qui est prise en compte. C'est alors l'employeur versant le salaire le plus élevé qui assume l'allocation familiale. Il n'est possible de toucher qu'une seule allocation par enfant.

Dans le secteur agricole, les dispositions de la loi fédérale stipulent qu'il convient de verser les mêmes montants minimaux que dans la loi fédérale sur les allocations familiales, soit 200 francs pour les enfants jusqu'à 16 ans et 250 francs d'allocation pour formation professionnelle. Dans les zones montagneuses, les allocations sont majorées de 20 francs. Pour les personnes travaillant dans l'agriculture, vient s'y ajouter une allocation de ménage de 100 francs par mois.

Exercice 2.5.1

Comparez les allocations familiales pour une famille avec quatre enfants dans le canton d'Uri et en Valais. Vous pouvez trouver les montants des allocations en consultant le Mémento 6.08 (www.ahv-iv.info → AF → Mémentos).

Exercice

Les cantons peuvent prévoir des montants plus élevés et introduire des allocations de naissance et d'adoption. Les différences entre les cantons sont relativement importantes. Le champ d'application de la loi fédérale ne concerne ici qu'actifs et non-actifs disposant d'un faible revenu. Selon le canton, les personnes exerçant une activité lucrative indépendante peuvent également prétendre à des allocations familiales.

Les allocations pour enfant et de formation professionnelle sont conformes aux montants figurant dans la LAFam, mis à part pour les régions montagneuses où elles sont majorées de 20 francs. L'allocation de ménage de 100.00 francs par mois, versée aux personnes travaillant dans le secteur agricole, est maintenue.

Financement

Tous les employeurs doivent s'affilier à une caisse de compensation pour allocations familiales et y verser des cotisations. Chaque canton peut décider si les salariés et travailleurs indépendants doivent également verser des cotisations. Le montant des cotisations est fixé par la caisse de compensation pour allocations familiales dans le cadre des dispositions cantonales régissant le financement.

Les allocations familiales pour les agricultrices et agriculteurs indépendants sont financées par la Confédération (2/3) et les cantons (1/3).

Les employeurs versent les montants suivants pour les allocations des salariés : 2 pour cent des salaires en espèces et en nature, soumis à cotisation AVS dans les entreprises agricoles. Le montant restant ainsi que les allocations pour les agricultrices et agriculteurs sont pris en charge par la Confédération (2/3) et les cantons (1/3).

Pour plus d'informations, veuillez consulter les mémentis 6.08 Allocations familiales et 6.09 allocations familiales dans l'agriculture.

Obligation de cotiser

Les allocations familiales sont financées dans tous les cantons par les employeurs et les cantons. L'employeur assume seul le versement des cotisations pour chacun de ses employés. Les cotisations sont calculées en pour cent du revenu soumis à cotisations dans l'AVS. Les taux de cotisation sont compris entre 0,1 % et 4,0 % du salaire (Par exemple : pour les médecins 0,2 %). La moyenne suisse est de l'ordre de 2 %. Les personnes sans activité lucrative ne sont pas soumises à l'obligation de cotiser. Les cantons peuvent toutefois instaurer une obligation de cotiser pour les non-actifs, c'est le cas dans les cantons d'AR, SO, TG et du TI.

Voies de recours

Toute décision de la caisse de compensation pour allocations familiales est opposable dans les 30 jours suivant sa notification. En cas de refus, un recours peut être déposé dans les 30 jours au Tribunal cantonal des assurances sociales du domicile de la caisse de compensation pour allocations familiales. En dernier recours, il est encore possible de saisir dans les 30 jours le Tribunal fédéral avec un recours de droit administratif.

2.6. Assurance-chômage et indemnité en cas d'insolvabilité (LACI)

Le but de l'assurance-chômage est de limiter les risques de perte d'emploi, de lutter contre le chômage et d'assurer une réinsertion rapide et durable dans le monde du travail. Cette assurance doit également garantir un revenu pendant une période transitoire, en cas de perte de gain liée à :

- une période de chômage ;
- une réduction de l'horaire de travail ;
- un arrêt de travail lié aux conditions climatiques (uniquement pour certaines professions)
→ Indemnité en cas d'intempérie ;
- une insolvabilité de l'employeur.

Exécution

L'organisation et l'application de l'assurance-chômage sont confiées aux caisses cantonales d'assurance-chômage et aux offices régionaux de placement (ORP). Le Secrétariat d'État à l'économie (SECO) est quant à lui chargé de sa surveillance.

Il existe des caisses de chômage privées (gérées par des organisations d'employeurs) et publiques. Une liste des caisses de chômage peut être retirée auprès l'administration communale du domicile. Le choix de la caisse de chômage en charge des prestations s'effectue au début d'une période de chômage. La caisse de chômage verse les allocations. Les OPR assistent les personnes au chômage dans leurs recherches et leur transmettent des offres d'emploi. Les ORP sont également en charge de l'obligation de contrôle et se chargent d'appliquer les mesures de formation et d'emploi.

Personnes assurées

L'obligation de s'assurer pour les salariés reprend en grande partie les mêmes principes que l'AVS : elle débute au terme de la scolarité obligatoire et prend fin à l'âge de la retraite AVS. Les travailleurs indépendants ne peuvent en revanche pas y cotiser.

Financement

L'obligation de cotiser est identique à celle en vigueur pour l'AVS. Employeur et employé assument respectivement la moitié des cotisations AC. Pour un revenu annuel maximum de Fr. 148'200.- (gain assuré maximal par la LAA), le montant des cotisations AC est de 2,2 % du salaire déterminant. Une cotisation de solidarité de 1 % est prélevée pour les revenus annuels supérieurs à Fr. 148'200.-. Il s'agit d'une cotisation de solidarité car des cotisations sont prélevées sur cette partie du salaire mais elles ne donnent droit à aucune prestation supplémentaire. La cotisation de solidarité sera prélevée jusqu'à ce que les réserves du fonds de compensation atteignent 1 milliard de francs. Les plafonds de cotisation cités s'appliquent à tous les contrats de travail. L'assurance-chômage est par

ailleurs également financée par la Confédération et les cantons ainsi que par des revenus du capital issus du fonds de compensation.

Prestations

La demande d'indemnités chômage peut être déposée auprès de l'administration communale du domicile.

Documents nécessaires :

- Certificats de travail
- Autorisation d'établissement, livret pour les étrangers
- Carte d'assuré AVS
- Lettre de licenciement
- Candidatures déjà effectuées

L'administration communale transmet les documents à l'ORP (Office régional de placement).

L'assurance-chômage délivre des prestations financières et en nature.

Les prestations en nature regroupent les mesures relatives au marché du travail qui sont destinées aux personnes menacées de chômage ou au chômage.

Les mesures relatives au marché du travail visent à favoriser l'intégration professionnelle des assurés dont le placement est difficile pour des raisons inhérentes au marché de l'emploi. Ces mesures ont notamment pour but :

- d'améliorer l'aptitude au placement des assurés ;
- de promouvoir les qualifications professionnelles des assurés en fonction des besoins du marché du travail ;
- de diminuer le risque de chômage de longue durée ;
- de permettre aux assurés d'acquérir une expérience professionnelle.

Elles se divisent en mesures de formation, mesures d'emploi et mesures spécifiques.

Les mesures de formation comprennent des cours de reconversion, de perfectionnement ou d'intégration. L'assurance-chômage prend en charge les frais de formation, les frais matériels nécessaires et éventuellement les frais de transport entre le domicile de l'assuré et le lieu de formation et participe aux frais de repas et d'hébergement. Pendant la durée des cours, les personnes au chômage touchent des allocations.

Les mesures d'emploi servent à rafraîchir ou élargir des compétences professionnelles. Elles consistent en des mesures d'emploi temporaire s'effectuant généralement dans le secteur d'activité de l'assuré : secteur administratif, social (enfants, personnes âgées, etc.) de la protection de la nature et de l'environnement et du recyclage.

Les mesures spécifiques sont :

Type de prestation	Description
Allocations d'initiation au travail	Les assurés, dont le placement est difficile et qui, accomplissant une initiation au travail dans une entreprise, reçoivent de ce fait un salaire réduit, peuvent bénéficier d'allocations d'initiation au travail. Mais ce uniquement si au terme de cette période, l'assuré peut escompter un engagement aux conditions usuelles dans la branche et la région, compte tenu, le cas échéant, d'une capacité de travail durablement restreinte. Le montant maximal des allocations est de 60 % du salaire normal.
Allocations de formation	L'assurance peut octroyer des allocations pour une formation d'une durée maximale de trois ans à l'assuré qui est âgé de 30 ans au moins et n'a pas achevé de formation professionnelle ou qui éprouve de grandes difficultés à trouver un emploi correspondant à sa formation.
Contribution aux frais de déplacement	Les assurés qui remplissent les conditions relatives à la période de cotisation et qui n'ont trouvé aucun travail convenable dans leur région de domicile peuvent bénéficier d'une contribution aux frais de déplacement pour une période maximale de six mois.
Contribution aux frais de séjour hebdomadaires	La contribution aux frais de déplacement et de séjour hebdomadaires couvre les frais qu'occasionne aux assurés l'impossibilité dans laquelle ils sont de rentrer chaque jour au lieu de leur domicile. Elle comprend une indemnité forfaitaire pour le logement pris à l'extérieur et pour les frais supplémentaires de subsistance ainsi que le remboursement des frais de voyage indispensables et attestés qui résultent de l'aller et retour hebdomadaire entre le lieu de travail et celui de domicile. Cette contribution est également limitée à une période maximale de six mois.
Soutien aux assurés qui entreprennent une activité indépendante	Les assurés au chômage sans faute de leur part et âgés de 20 ans au moins peuvent prétendre à un soutien sous forme d'une indemnité journalière pendant un maximum de 90 jours s'ils présentent une esquisse de projet d'activité indépendante économiquement viable. Les assurés sont libérés de l'obligation de contrôle pendant cette période. En outre, l'assurance-chômage peut prendre en charge 20 %, mais au max. Fr. 100'000.- de la caution pour risque de pertes octroyée par des organisations de cautionnement.

Les prestations financières se déclinent sous forme d'indemnité de chômage, d'indemnité de en cas de réduction de l'horaire de travail, d'indemnité en cas d'intempérie et d'indemnité en cas d'insolvabilité.

Risques	Chômage	Travail à temps réduit	Intempérie	Insolvabilité
Événement assuré	Chômage total ou partiel	Réduction/ interruption provisoire de l'horaire de travail pour raison économique	Interruption du travail pour cause d'intempérie	Perte de salaire en cas d'insolvabilité de l'employeur (pour le travail effectué)
Type de prestation	Indemnités de chômage	Indemnités de réduction de l'horaire de travail	Indemnités en cas d'intempérie	Indemnités en cas d'insolvabilité

Les différentes prestations sont détaillées ci-dessous :

Indemnités de chômage

L'octroi d'une indemnité de chômage n'est possible que si l'assuré remplit toutes les conditions suivantes :

- Être sans emploi ou partiellement sans emploi
- Avoir subi une perte de travail à prendre en considération (au moins deux jours consécutifs)
- Être domicilié en Suisse
- Avoir achevé sa scolarité obligatoire et ne pas avoir atteint l'âge donnant droit à une rente AVS
- Remplir les conditions relatives à la période de cotisation ou en être libéré
- Être apte au placement
- Satisfaire aux exigences du contrôle

Que la perte d'emploi soit volontaire ou fortuite n'a aucune influence sur le droit à une indemnité de chômage. En cas d'une perte d'emploi due à une faute de l'assuré, le versement de l'indemnité de chômage peut cependant être astreint d'une période de carence (durée dépendant de la faute, 60 jours max.).

Est réputé apte à être placé le chômeur qui est disposé à accepter un travail convenable et à participer à des mesures d'intégration et qui est en mesure et en droit de le faire.

Les périodes d'indemnisation et de cotisation sont en principe toutes deux assorties d'un délais-cadre de deux ans. Le délai-cadre applicable à la période de l'indemnisation commence à courir le premier jour où toutes les conditions dont dépend le droit à l'indemnité sont réunies tandis que le délai-cadre applicable à la période de cotisation commence à courir deux ans plus tôt (en remplissant toutes les conditions requises). La période de cotisation est remplie lorsqu'il est attesté d'avoir exercé une activité soumise à cotisation pendant 12 mois au moins pendant le délai-cadre.

Sont libérées des conditions relatives à la période de cotisation les personnes qui, dans les limites du délai-cadre et pendant plus de douze mois au total, n'étaient pas liées à un rapport de travail et, partant, n'ont pu remplir les conditions relatives à la période de cotisation, pour l'un des motifs suivants :

- Formation scolaire, reconversion ou perfectionnement professionnel, à la condition qu'elles aient été domiciliées en Suisse pendant dix ans au moins
- Maladie, accident ou maternité, à la condition qu'elles aient été domiciliées en Suisse pendant la période correspondante
- Séjour dans un établissement suisse de détention ou d'éducation au travail

Sont également libérées des conditions relatives à la période de cotisation les personnes qui, par suite de séparation de corps ou de divorce, d'invalidité ou de mort de leur conjoint ou pour des raisons semblables ou pour cause de suppression de leur rente d'invalidité, sont contraintes d'exercer une activité salariée ou de l'étendre. Cette disposition n'est applicable que si la personne concernée était domiciliée en Suisse au moment où l'événement s'est produit et a fait valoir son droit dans un délai d'une année.

Dans le cadre de l'obligation de diminuer les dommages, la personne concernée doit accepter immédiatement tout travail convenable. N'est pas réputé comme convenable tout travail qui p. ex. : nécessite plus de deux heures de trajet (aller et retour), n'est pas conforme aux usages professionnels et locaux ou doté d'un salaire inférieur de 70 % au gain assuré.

Le droit à une indemnité journalière n'est accordé qu'après un délai d'attente habituel de cinq jours après l'inscription au chômage.

Les assurés disposant d'un gain assuré allant jusqu'à Fr. 36'000 par an et ceux ayant une obligation d'entretien envers des enfants de moins de 25 ans et disposant d'un gain assuré compris entre Fr. 36'001 et Fr. 60'000 sont dispensés de délai d'attente.

Les délais d'attente pour les personnes sans obligation d'entretien envers des enfants (de moins de 25 ans) s'élèvent à :

- 10 jours pour un gain assuré compris entre Fr. 60'001.- et 90'000.-
- 15 jours pour un gain assuré compris entre Fr. 90'001.- et 125'000.-
- 20 jours pour un gain assuré supérieur à Fr. 125'000.-

Un délai d'attente spécial de 120 jours vaut pour les personnes sans formation de moins de 25 ans, sans obligation d'entretien envers des enfants et libérées des conditions relatives à la période de cotisation en raison d'une formation scolaire, d'une reconversion professionnelle ou d'un perfectionnement.

Tous les autres assurés, libérés de l'obligation de cotiser (plus de 25 ans, en arrêt maladie, accident ou séjournant dans une institution, etc.) doivent, quant à eux, respecter le délai d'attente habituel.

Le délai d'attente spécial doit être observé en plus du délai d'attente habituel. Les jours d'attente supplémentaires sont considérés comme des « jours indemnisés » qui sont déduits des indemnités journalières.

Il ne faut pas oublier que l'assurance-chômage ne calcule pas en jours calendaires, mais en jours travaillés. 120 jours sont donc équivalents à environ 5 mois 1/2.

La période d'indemnisation est fonction de la durée de cotisation. La personne assurée a droit à :

- 260 indemnités journalières au maximum, si une durée de cotisation de 12 mois peut être attestée ;
- 400 indemnités journalières au maximum, si une durée de cotisation de 18 mois peut être attestée ;
- 520 indemnités journalières au maximum, si une période de cotisation d'au moins 22 mois peut être attestée et que l'assuré, avec obligation d'entretien, ou âgé de plus de 55 ans ou encore est bénéficiaire d'une rente d'invalidité.

Les personnes libérées de l'obligation de cotisation ont droit à 90 indemnités journalières au maximum. Les personnes âgées de moins de 25 ans et sans obligation d'entretien envers des enfants ont droit à 200 indemnités journalières au maximum. Les indemnités journalières sont versées pour chaque jour de travail, soit cinq indemnités journalières pour une semaine.

L'indemnité journalière pleine et entière s'élève à 80 % du gain assuré. L'assuré perçoit en outre un supplément qui correspond au montant, calculé par jour, de l'allocation pour enfant et l'allocation de formation professionnelle légales auxquelles il aurait droit s'il avait un emploi.

Une indemnité journalière s'élevant à 70 % du gain assuré est octroyée aux assurés qui n'ont pas d'obligation d'entretien envers des enfants de moins de 25 ans ou qui ne touchent pas une rente d'invalidité.

Les indemnités journalières sont soumises à l'obligation de cotiser à l'AVS et à l'AI. En cas de dépassement du seuil de la prévoyance professionnelle, les indemnités journalières sont également soumises à des cotisations pour couvrir les risques d'invalidité et de décès. Le risque d'accident (professionnel ou non professionnel) est obligatoirement assuré par la Suva. En cas de maladie, l'assuré a droit à une indemnité journalière pendant les 30 premiers jours calendaires de son incapacité de travail. Ce droit se limite à un maximum de 44 indemnités journalières pendant la période d'indemnisation.

Indemnité en cas de réduction de l'horaire de travail

Les travailleurs, dont la durée normale du travail est réduite ou l'activité suspendue, ont droit à l'indemnité en cas de réduction de l'horaire de travail lorsque le congé n'a pas été donné, que la réduction de l'horaire de travail est vraisemblablement temporaire et si l'on peut admettre qu'elle permettra de maintenir les emplois en question.

La réduction de l'horaire de travail doit de plus être liée à des facteurs d'ordre économique, être inévitable et être d'au moins 10 % de l'ensemble des heures normalement effectuées par les travailleurs de l'entreprise.

La cotisation pour l'indemnité en cas de réduction de l'horaire de travail n'est pas assujettie à une période de cotisation obligatoire.

L'indemnité pour réduction de l'horaire de travail s'élève à 80 % de la perte de gain prise en considération.

Indemnité en cas d'intempérie

L'indemnité en cas d'intempérie vise à pallier les interruptions de travail engendrées exclusivement par les conditions météorologiques et pour lesquelles la poursuite des travaux est techniquement impossible en dépit de mesures de protection suffisantes, engendre des coûts disproportionnés ou ne peut pas être exigée des travailleurs. L'objectif de l'indemnité en cas d'intempérie est d'empêcher tout congé en raison d'intempéries.

La demande d'indemnisation doit être effectuée par l'employeur.

Branches d'activité avec droit à l'indemnité en cas d'intempéries (liste exhaustive) :

- bâtiment et génie civil, charpenterie, taille de pierre et carrières;
- extraction de sable et gravier;
- construction de voies ferrées et de conduites en plein air;
- aménagements extérieurs (jardins);
- sylviculture, pépinières et extraction de tourbe, dans la mesure où ces activités ne sont pas des activités accessoires exercées parallèlement à une exploitation agricole;
- extraction de terre glaise et tuilerie;
- pêche professionnelle;
- transports dans la mesure où les véhicules sont occupés exclusivement au transport de matériaux d'excavation et de construction vers ou à partir des chantiers ou au transport de matériaux provenant de lieux d'extraction de sable et de gravier.

Les interruptions saisonnières normales dans le domaine de l'agriculture ne sont pas prises en compte.

L'indemnité s'élève à 80 % de la perte de gain prise en considération et est versée après une période de carence (de deux ou trois jours).

Voies de recours

Les décisions ne sont généralement pas suivies de notification, l'assuré peut toutefois solliciter la notification d'une décision afin de déposer un recours. La décision d'un rejet d'une demande d'indemnité, associé à des mesures relatives au marché du travail, fait toujours l'objet d'une notification. La personne assurée peut alors faire opposition auprès de l'organe émetteur dans les 30 jours suivant la notification. En cas de refus, un recours peut être déposé dans les 30 jours au Tribunal cantonal des assurances sociales. En dernier recours, il est encore possible de saisir dans les 30 jours le Tribunal fédéral avec un recours de droit administratif.

2.7. L'assurance militaire (AM)

L'assurance militaire est la plus ancienne assurance sociale de la Suisse. Elle couvre tous les problèmes sanitaires des personnes qui accomplissent un service militaire ou de protection civile pour la Confédération. Son fonctionnement ne fait pas d'elle une assurance à proprement parler, étant donné qu'elle est exclusivement financée par la Confédération (à l'exception d'une assurance privée destinée aux militaires de carrière à la retraite). Sa mise œuvre relève de la responsabilité de la Confédération.

Personnes assurées

L'assurance militaire couvre les personnes qui accomplissent un service militaire ou de protection civile pour la Confédération.

Est donc assuré auprès de l'assurance militaire :

- quiconque accomplit un service militaire ou un service de protection civile, obligatoire ou volontaire ;
- quiconque prend part comme civil à des exercices militaires et à des services d'instruction de la protection civile ;
- quiconque est membre de la Croix-Rouge ou du Corps suisse pour l'aide humanitaire ;
- quiconque accomplit un service civil.

Exécution

L'assurance militaire est gérée par la Suva.

L'assurance militaire forme un secteur indépendant au sein du département Assurance et Réhabilitation (SuvaCare). Ses agences de Berne, St Gall, Genève et Bellinzone sont intégrées aux agences locales de la Suva.

Prestations

L'objet de l'assurance militaire couvre toutes les atteintes corporelles ou mentales de l'assuré et leurs conséquences économiques directes. L'assurance couvre toute la durée du service militaire ou de protection civile, y compris les trajets d'aller et de retour ainsi que les vacances (p. ex. week-end pendant un cours de répétition). La couverture de l'assurance s'étend de la maladie à la maternité, sans oublier le risque d'accident. L'assurance militaire couvre également le suicide et répond des lésions dentaires aux mêmes conditions que l'assurance maladie selon la LAMal. Par ailleurs, l'assurance militaire couvre aussi des dommages matériels (vêtements, lunettes, montres, etc.), pour autant que ces derniers soient étroitement liés à une affection assurée.

Faute de preuve contraire, l'assurance militaire est tenue de couvrir toute affection qui se manifeste et qui est annoncée ou constatée pendant le service (c'est à l'assurance militaire de prouver le contraire). Seules les affections antérieures au service et qui ne se sont pas aggravées pendant le service ne sont pas couvertes par l'AM. En cas d'aggravation d'une affection, l'AM ne couvre que les conséquences de l'aggravation.

Si l'affection est constatée après le service, c'est à la personne assurée qu'il revient d'apporter la preuve que l'affection provient du service. L'assurance militaire en répond seulement s'il est établi au degré de vraisemblance prépondérante que l'affection a été causée ou aggravée pendant le service.

Procédures d'annonce

Toute personne faisant du service est tenue d'annoncer l'apparition d'une affection sans délai. Pendant le service, l'annonce est effectuée par le médecin de troupe. En dehors du service, c'est à un médecin civil qu'il revient de faire l'annonce.

Les annonces de l'AM s'effectuent au moyen d'un formulaire d'annonce. Sans incapacité de travail, le médecin traitant transmet le formulaire dûment rempli (avec son diagnostic) à l'agence de l'AM dont il relève. Si la personne concernée présente une incapacité de travail, le médecin transmet le formulaire dûment rempli (sans son diagnostic) à l'employeur. L'employeur complète le formulaire et le retransmet à l'agence AM dont il relève.

Le formulaire d'annonce est disponible sous :
www.myMPA.ch ou sur www.suva.ch



Les prestations d'assurance sont dues dès le 1er jour après la constatation médicale de l'affection.

- Traitements médicaux ambulatoires et stationnaires en division commune
- Indemnités journalières dès le 1er jour, 80 % du gain assuré
- Prestations de réadaptation : Mesures de réinsertion, formations
- Rente d'invalidité (80 % max.), rente de vieillesse pour invalide (50 % du gain assuré), rente pour atteinte à l'intégrité, demi-rente de survivants (40 % du gain assuré), demi-rente d'orphelin (15 % du gain assuré/enfant), rente d'orphelin (resp. 25 % du gain assuré)
- Prise en charge de dommages matériels
- Indemnité équitable à titre de réparation morale en cas de lésions corporelles graves ou de décès – indemnité funéraire (10 % du gain assuré)
- Prévention

Le gain annuel maximal assuré par l'assurance militaire est de Fr. 150'918.-.

Voies de recours

L'assurance militaire peut communiquer sa décision sous forme de préavis avant la transmission de la notification définitive et de fixer un délai pendant lequel le requérant a la possibilité de consulter son dossier, de faire des observations ou de demander un complément d'informations. L'AM notifie ensuite sa décision qui peut être attaquée par opposition dans un délai de 30 jours. En cas de refus, un recours peut être déposé dans les trois mois au Tribunal cantonal des assurances sociales du domicile du requérant. En dernier recours, il est encore possible de saisir dans les 30 jours le Tribunal fédéral avec un recours de droit administratif.

Exercice

Exercice 2.7.1

Monsieur Kurath souffre d'une rupture ligamentaire au cours de son service militaire, durant le cours de répétition. Son incapacité de travail est d'au moins deux mois. Quelle affirmation est exacte ?

- ☐ Si la rupture ligamentaire provient d'une ancienne blessure, les indemnités journalières sont réduites de 20 %
- ☐ Le patient perçoit 80 % de son salaire assuré dès le 4^e jour.
- ☐ Le patient perçoit 95 % de son salaire assuré dès le 3^e jour.
- ☐ Le patient perçoit 80 % de son salaire assuré dès le 1^e jour.

Exercice

Exercice 2.7.2

Quelles personnes sont couvertes par l'assurance militaire ?

Exercice

Exercice 2.7.3

A quoi correspondent les abréviations suivantes :

LAMal :

LAA :

LAM :

3 La prévoyance professionnelle (2^{ème} pilier)

3.1. La prévoyance professionnelle au sens de la LPP

(loi fédérale sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité)

La prévoyance professionnelle a pour but de maintenir, avec les prestations du premier pilier, le niveau de vie standard des assurés. Avec le premier pilier, elle doit leur assurer des rentes d'un montant équivalent à environ 60 % du dernier salaire.

La LPP est une loi cadre définissant des prescriptions minimales en matière d'institutions de prévoyance. Tout employeur, versant à ses salariés un salaire soumis à l'AVS de Fr. 21'150.-, est tenu de s'affilier à une institution de prévoyance. L'employeur peut soit inscrire ses salariés à une institution de prévoyance ne versant que les prestations minimales prévues par la LPP, soit les inscrire à une institution de prévoyance surobligatoire.

Les institutions de prévoyance dépendent de l'autorité de surveillance cantonale, de l'Office fédéral des assurances sociales et de l'Office fédéral des assurances privées (OFAP).

Personnes assurées

Sont soumis à l'obligation d'assurance tous les salariés à compter du 1er janvier de l'année où ils ont accompli leur 17^{ème} année et où ils perçoivent un salaire minimum soumis à l'AVS de Fr. 21'150.-. Sont également soumises à cette obligation les personnes qui touchent des indemnités de chômage supérieures au seuil LPP, mais uniquement pour les risques de décès et d'invalidité.

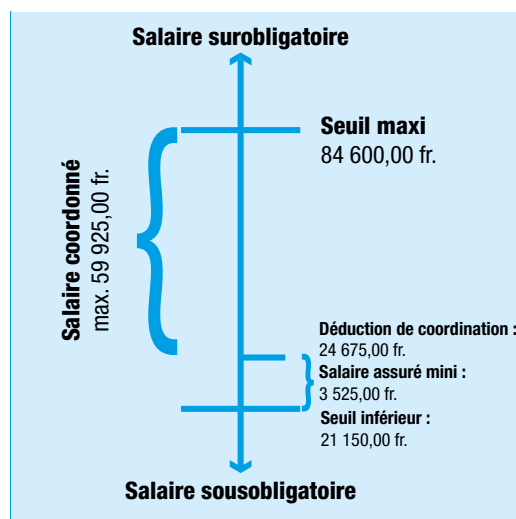
Les travailleurs indépendants peuvent se faire assurer à titre facultatif si leur salaire annuel est supérieur au seuil d'entrée de la LPP (Fr. 21'150.-).

Salaire coordonné = salaire assuré

Le montant du salaire assuré est décisif pour calculer l'étendue de la couverture d'assurance et des cotisations. Le salaire annuel assuré est calculé sur la base du salaire annuel prévisible d'un salarié. Il est limité au salaire maximal soumis à cotisation AVS, soit actuellement Fr. 84'600.-.

Le seuil d'entrée pour le salaire assuré est quant à lui actuellement de Fr. 21'150.-. Seuls les salaires figurant dans cette plage sont assurés. Les revenus supérieurs au seuil maximal ne peuvent être assurés que dans le cadre d'une prévoyance surobligatoire, les salaires inférieurs au seuil minimal ne sont pas assurés par la LPP.

Le salaire assuré obligatoirement par la LPP est constitué d'une cotisation de coordination de Fr. 24'675.- (déduction de coordination) prélevée sur le salaire annuel soumis à l'AVS. Les salaires compris entre le seuil d'entrée (Fr. 21'150.-) et la déduction de coordination (Fr. 24'675.-) sont toujours assurés pour un salaire coordonné minimal de Fr. 3'525.-.



Les bonifications de vieillesse sont calculées annuellement en pour-cent du salaire coordonné en fonction de l'âge. Les taux suivants sont appliqués :

Année d'âge (année calendaire moins classe d'âge)	Taux en % du salaire coordonné
25-34	7
35-44	10
45-54	15
55-65 (64 pour les femmes)	18

Exercice 3.1.1

Petra F. travaille à temps partiel dans un cabinet médical. Son salaire annuel brut est de Fr. 20'400.-. Qu'en est-il de son 2ème pilier ?

Exercice 3.1.2

Léon Lausig, restaurateur, n'emploie principalement que du personnel à temps partiel. Il règle les horaires de travail de ses employés de sorte qu'aucun ne gagne plus de Fr. 21'000.- brut. Pourquoi Léon agit-il de la sorte ? Quelles en sont les conséquences pour ses employés ?

Prestations

L'avoir-vieillesse se compose des montants versés avec les intérêts et des prestations de sortie de l'assureur précédent, intérêts compris. Le taux d'intérêt LPP s'est longtemps élevé à 4 % (de 1985 à 2002). A compter de 2009, il s'élevait à 2,00 % et il a été ramené à 1,5 % au 01.01.2012. Le taux d'intérêts est passé à 1,75 % en 2014 et a été maintenu à ce niveau pour 2015.

Le taux de conversion est également un chiffre clé important de la prévoyance professionnelle. Comme nous l'expliquons ci-dessous, le taux de conversion et l'avoir-vieillesse servent à déterminer les prestations de la rente. Dans le cadre de la prévoyance professionnelle obligatoire, le taux de conversion est de 6,8 %. Avant la 1ère révision LPP (entrée en vigueur en 2005), le taux de conversion était de 7,2 %. Pour les classes d'âge de 1940 à 1949 (pour les hommes), resp. de 1942 à 1949 (pour les femmes), une baisse progressive du taux de conversion s'applique dans le cadre d'une disposition transitoire. En cas de départ anticipé de la vie active, la rente est amputée en conséquence. Le taux de conversion LPP de 6,8 % est pris en compte pour le calcul de la rente d'invalidité.

Les salariés, disposant d'un revenu au-dessus du salaire maximal, recourent souvent à des caisses de pension qui offrent des prestations supérieures au minimum légal. Il peut s'agir d'une seule et même caisse de pension ou d'une autre caisse de pension (caisse de prévoyance pour cadres). Les prestations diffèrent suivant les réglementations en vigueur.

Les prestations des caisses de pension varient parfois énormément entre elles. C'est souvent le cas en raison de plans d'assurance dépassant le minimum LPP.

La LPP prévoit les prestations suivantes :

- Rente vieillesse et rente pour enfant
- Capital vieillesse (versement de la totalité de la rente ou d'un quart de la rente en lieu place d'une rente vieillesse)
- Rente d'invalidité et rente pour enfant invalide
- Rente de veuve ou de veuf et rente d'orphelin

La rente de vieillesse est calculée à partir de l'avoir vieillesse acquis au moment où l'assuré a atteint l'âge de la retraite. Cet avoir vieillesse est multiplié avec le taux de conversion correspondant pour obtenir le montant annuel de la rente, p ex. un avoir vieillesse de Fr. 450'000.- taux de conversion de 6,8 % (homme, 1950, retraite en 2015), on obtient une rente annuelle de Fr. 30'600.-. Si, à l'octroi de la rente, cet homme assume encore des obligations pour l'éducation d'enfants de moins de 25 ans, il touchera encore une rente pour enfant égale à 20 % de sa rente. Le versement du capital vieillesse peut remplacer celui de la rente. La LPP prévoit que ce versement s'effectue soit en totalité, soit sous la forme du versement d'un quart de l'avoir vieillesse.

La rente d'invalidité est calculée à partir de l'avoir vieillesse acquis au moment de la naissance du droit à la rente invalidité et de la somme des bonifications de vieillesse afférentes aux années futures, jusqu'à l'âge ordinaire de la retraite, sans les intérêts. Ce capital vieillesse virtuel est multiplié par le même taux de conversion que pour la rente vieillesse (6,8 %). Le résultat de ce calcul permet d'obtenir le montant annuel de la rente

d'invalidité. Les enfants en formation ouvrent droit à une rente pour enfant égale à 20 % de la rente d'invalidité.

Lors **du décès d'un assuré**, la rente de veuf ou de veuve s'élève à 60 % et celle d'orphelin à 20 % de la rente d'invalidité entière qu'aurait pu toucher l'assuré.

Lors du décès d'une personne qui a bénéficié d'une rente de vieillesse ou d'invalidité, la rente de veuf ou de veuve s'élève à 60 % et la rente d'orphelin à 20 % de la dernière rente de vieillesse ou d'invalidité allouée. La rente de veuf ou de veuve est versée à vie. Si le veuf ou la veuve se remarie, le droit à la rente est caduc.

Lors d'un changement d'employeur, la totalité de la prestation de sortie doit être versée à l'institution de prévoyance du nouvel employeur. Si l'employeur ne communique pas le nom de la nouvelle institution de prévoyance à l'ancienne institution, l'avoir de libre passage est transféré à la fondation institution supplétive LPP. Un versement en espèce n'est possible qu'en cas de départ de la Suisse, de la création d'une activité lucrative indépendante ou pour l'achat d'une maison individuelle ou d'un appartement ou encore lorsque l'avoir vieillesse est inférieur au montant de la prime annuelle.

La caisse de pension de votre entreprise est tenue de vous transmettre chaque année un décompte de votre avoir vieillesse (obligation de cotiser à la rente vieillesse à compter de 25 ans). Classez ces documents avec soin. Tout changement d'employeur est généralement aussi synonyme de changement de caisse de pension. Demandez à votre nouvel employeur les coordonnées de votre nouvelle caisse de pension. Vérifiez votre inscription auprès de celle-ci et demandez comment s'effectue le transfert de votre avoir de votre ancienne caisse de pension.

Financement

La prévoyance professionnelle est financée au moyen de cotisations des employeurs et des salariés. La cotisation de l'employeur doit au moins être aussi importante que la somme des cotisations de tous ses employés. Une durée de cotisation complète (40 ans) permet de constituer un avoir vieillesse équivalent à 500 % du salaire annuel. Cet avoir est encore bonifié grâce à un intérêt annuel.

L'avoir vieillesse est l'épargne personnelle de l'employé. La rente de vieillesse est calculée en lui appliquant un taux de conversion. Plus cet avoir sera important, plus les prestations vieillesse seront élevées (**retraite par capitalisation**). Par contre, les cotisations AVS ne sont pas capitalisées mais reversées directement aux personnes à la retraite. C'est ce qui permet une compensation sociale : les employés versant des cotisations élevées ne peuvent prétendre qu'à une rente maximale, alors que ceux versant des cotisations plus faibles touchent en contrepartie une rente proportionnellement plus grande (**retraite par répartition**).

Exemple d'un certificat d'assurance LPP

Certificat de la caisse de pension

Valable dès le 01.01.2015		Contrat no 1/25251/AB	
Caisse de pension Muster Fondation		Muster SA 8401 Winterthur	
Vos données personnelles			
Nom/Prénom	Muster Pierre	Début de l'assurance	01.02.2013 ①
Date de naissance	16.06.1975	Arrivée à l'âge de la retraite ordinaire	01.07.2040
Sexe	masculin	Salaire annuel	78 000.00
Numéro d'assuré	756.2687.0804.69	Salaire assuré	53 325.00
CHF			

	Part obligatoire	Part surobligatoire	Total
Evolution de l'avoir de vieillesse en 2014			
Avoir de vieillesse au 01.01.2014	66 636.00	4 599.95	71 236.05
Intérêts (1,75%) pour 2014	1 166.10	80.50	1 246.60
Bonification de vieillesse pour 2014	5 343.00	0.00	5 343.00
Avoir de vieillesse au 01.01.2015	73 145.20	4 680.45	77 825.65

La rémunération de l'avoir de vieillesse pour l'année 2014 s'élève à 1,75%* pour la part obligatoire ^② et la part surobligatoire.

* Intérêt y compris excédent d'intérêt

Prestations de vieillesse projetées (valeurs projetées avec 2,5% d'intérêts)		Capital	ou* Rente
En cas de retraite ordinaire pour les assurés ayant eu 65 ans le 01.07.2040		421 348.00	28 547.00
En cas de retraite anticipée pour les assurés			
	à 64 ans	401 707.00	26 366.00
	à 63 ans	382 545.00	24 359.00
	à 62 ans	363 850.00	22 507.00
	à 61 ans	345 611.00	20 794.00
	à 60 ans	327 817.00	19 205.00

* Le taux de conversion actuel en cas de départ à l'âge ordinaire de la retraite est de 6,8% pour la part obligatoire et ^② de 5,604% pour la part surobligatoire.

Prestations en cas d'invalidité		
Rente d'invalidité annuelle après un délai d'attente de 24 mois		19 490.00*
Rente d'enfant d'invalidité annuelle après un délai d'attente de 24 mois		3 898.00*
Libération du paiement des contributions après un délai d'attente de 3 mois		
Prestations en cas de décès		
Rente de conjoint annuelle		11 694.00*
Rente annuelle de partenaire		11 694.00
Capital au décès en complément de la rente de conjoint ou partenaire		-
Capital au décès si aucune rente de conjoint ou partenaire n'est due		84 520.00
Rente d'orphelin annuelle		3 898.00*

* En cas d'accident, les prestations de l'assurance-accidents obligatoire sont prises en compte. Les restrictions conformément au règlement s'appliquent à ces cas-là.

Rachat possible des prestations de prévoyance réglementaires		
Rachat possible pour retraite anticipée au 01.01.2015		
	à l'âge de 64 ans	16 662.00
	à l'âge de 63 ans	38 359.00
	à l'âge de 62 ans	60 199.00
	à l'âge de 61 ans	82 215.00
	à l'âge de 60 ans	104 495.00

Les montants de rachat ci-dessus correspondent à des valeurs indicatives pour chacun des plans de prévoyance. Avant le rachat, nous procédons à un calcul définitif, pour lequel nous avons besoin des informations détaillées du formulaire «Rachat d'années de contributions/pour retraite anticipée». Ce formulaire est disponible sur notre site Web. Nous nous ferons un plaisir de vous aider si vous avez des questions.

Droits en cas de départ avant l'âge de la retraite	Part obligatoire	Part surobligatoire	Total
Prestation de libre passage au 01.01.2015	73 145.20	4 680.45	77 825.65
Versement anticipé pour l'acquisition d'un logement en propriété			
Montant disponible pour versement anticipé en vue de la propriété du logement au 01.01.2015			77 825.65
Contributions au titre de la prévoyance professionnelle			
Contribution totale 01.01.2015 - 31.12.2015			7 089.65
Votre contribution			3 544.80
dont votre contribution pour la prévoyance vieillesse			2 648.85
dont votre contribution pour l'assurance-risque, frais administratifs et le fonds de garantie			895.95
Votre contribution mensuelle personnelle sur la base de 12 mois			295.40

Le présent certificat personnel est établi sur la base du règlement de votre caisse de pension. Ce certificat remplace tous les certificats précédents. Il a été établi le 16 décembre 2014 à la demande de votre caisse de pension.

^① Entrée en fonction

^② Part du salaire obligatoirement assurée selon la LPP (voir page 6)

Source : Axa - Winterthur

Exercice 3.1.3

Expliquez à l'aide de mots-clés les principales différences entre un système de retraite par capitalisation et par répartition. Notez aussi quels piliers et quelles assurances sont concernées.

Exercice 3.1.4

Pourquoi les deux premiers piliers disposent-ils de systèmes de financement différents ? Dans quels buts ?

Exercice 3.1.5

Monsieur M. (classe d'âge 1950) va partir à la retraite en 2015. Son avoir vieillesse s'élève à Fr. 410'000.-.

a) A combien s'élève sa rente de vieillesse ?

b) Monsieur M. a trois enfants de son deuxième mariage. Ces enfants suivent encore une formation et ont moins de 25 ans. Ces enfants ont-ils droit à une rente pour enfant et si oui, à combien se monte cette rente ?

c) Quelles sont les prestations d'assurance sociale perçues par Monsieur M. en plus des prestations LPP ?

d) Qu'est-ce que Monsieur M. peut faire si ses rentes ne couvrent pas le minimum vital ?

e) Madame K. décède. Elle laisse un mari et deux enfants. Elle percevait une rente d'invalidité LPP de Fr. 35'000.- par an. A combien se montent les prestations pour les survivants ?

Voies de recours

A quelques rares exceptions près, les décisions des institutions de prévoyances sont strictement formelles étant donné qu'elle ne sont pas régies par la LPGA. Leurs décisions peuvent être contestées devant le Tribunal des assurances sociales à n'importe quel moment (délai de prescription de cinq ans pour les rentes et de 10 ans pour les prestations en capital). En cas de rejet, un recours de droit administratif peut être déposé auprès du Tribunal fédéral. Toute la procédure est gratuite. La prévoyance professionnelle obligatoire au sens de la LPP et la prévoyance professionnelle surobligatoire sont toutes deux régies par les mêmes instances juridiques.

3.2. L'assurance-accidents (AA)

L'assurance-accidents est une des plus anciennes assurances sociales de la Suisse. Elle a été créée en 1911 avec la loi fédérale sur l'assurance en cas de maladie ou d'accidents (LAMA).

La SUVA (Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents) a été fondée en 1911 pour la mettre en application. Jusqu'en 1983, la SUVA assurait environ 2/3 de tous les salariés, le tiers restant étant assuré auprès de compagnies d'assurance privées.

L'entrée en vigueur de la Loi sur l'assurance-accidents (LAA), en 1984, a rendu l'assurance-accidents obligatoire pour tous les salariés. Tous les employeurs ou entreprises, qui ne rentrent pas dans le domaine de compétences de la SUVA, doivent souscrire à une assurance-accidents auprès d'un assureur privé, d'une caisse d'assurance publique ou d'une caisse d'assurance-maladie. L'ensemble des prestataires d'assurance privés sont regroupés dans un registre géré par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS).

But

L'obligation de s'assurer permet d'éviter ou de réduire les conséquences sanitaires, économiques et immatérielles des accidents et des maladies professionnelles.

Le Parlement débat actuellement de la révision de la Loi sur l'assurance-accidents (Le Conseil national a déjà décidé de renvoyer le projet de loi au Conseil fédéral).

Personnes assurées

Sont assurés à titre obligatoire conformément aux dispositions de la LAA, les travailleurs occupés en Suisse, y compris les travailleurs à domicile, les apprentis, les stagiaires, les volontaires ainsi que les personnes travaillant dans des écoles de métiers ou des ateliers protégés. Les personnes bénéficiaires d'une indemnité journalière au titre de l'assurance-chômage sont également obligatoirement assurées à la SUVA contre les accidents non professionnels.

Début/Durée/Fin de l'assurance obligatoire

A Tout salarié travaillant au minimum 8 heures par semaine pour le même employeur.

Exercice

Exercice 3.2.1

Essayez de répondre à ces questions en vous aidant de la documentation concernant les assurances.

Début de l'assurance obligatoire :

Fin de l'assurance obligatoire :

Risques assurés :

On parle souvent d'une couverture intégrale, une assurance-accidents intégrale qui vous couvre 24/24h.

Suspension de l'assurance-accidents obligatoire

L'assurance est suspendue lorsque l'assuré est soumis à l'assurance militaire ou à une assurance-accidents obligatoire étrangère.

B Tout salarié travaillant moins de 8 heures par semaine pour le même employeur.

Exercice 3.2.2

Essayez de répondre à ces questions en vous aidant de la documentation concernant les assurances.

Exercice

Début de l'assurance obligatoire

Fin de l'assurance obligatoire

Risques assurés

On parle souvent d'une **couverture partielle**, une assurance-accidents qui vous couvre uniquement pour les trajets jusqu'à votre travail et pendant vos horaires de travail.

Exécution

L'assurance-accidents met en jeu trois prestataires d'assurance : la Suva qui bénéficie d'une situation de monopole partiel, les autres assurances (assurances privées, caisses d'accident publiques et caisses maladie) et la caisse supplétive LAA.

SUVA (Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents)

La SUVA est la plus grande assurance-accidents obligatoire de Suisse. La Suva est une entreprise de droit public conformément à la loi fédérale mais il ne s'agit pas d'une entreprise étatique. Elle ne tombe pas sous le coup de l'administration fédérale générale. Elle est financièrement indépendante, autonome et non subventionnée. Elle ne cible aucun bénéfice. L'application de l'assurance-accidents obligatoire par la SUVA repose sur le principe de la compensation, c.-à-d. que le montant des primes est calculé en fonction des frais des accidents, des mesures de prévention et des coûts administratifs.

Exercice 3.2.3

Procurez-vous des documents auprès de votre agence SUVA la plus proche, puis répondez aux questions suivantes :

a) La SUVA assure les principales branches de l'industrie, de l'artisanat, du transport et de l'approvisionnement. Citez quelques exemples.

Quelle que soit leur profession, toutes les personnes au chômage sont assurées contre les accidents par la SUVA. La SUVA assure la continuité de la couverture des accidents non professionnels, dans le même cadre que la dernière assurance-accident.

b) Citez des exemples d'entreprises qui ne doivent pas être assurées par la SUVA.

c) Comment ces entreprises sont-elles assurées contre les accidents ?

La caisse supplétive

La caisse supplétive LAA a été créée par les assurances-maladie et accidents privées.

Toutes les assurances-accidents, hormis la SUVA, adhèrent à cette caisse supplétive et lui versent une part du volume de l'ensemble des primes.

La caisse supplétive verse les prestations légales d'assurance aux salariés, victimes d'un accident, qui ne sont pas tenus d'être assurés par la SUVA et que leurs employeurs respectifs n'ont pas assurés. Elle veille aussi à punir les employeurs négligents par des sanctions correspondantes.

Financement

L'assurance-accidents est financée grâce aux primes versées par les assurés et les employeurs.

L'obligation de cotiser est répartie entre salarié et employeur de la manière suivante :

- L'employeur verse les primes pour les assurances-accidents du travail et les maladies professionnelles.
- Le salarié verse la prime pour l'assurance-accidents non professionnels.

La prime est supportée par l'employeur. Il déduit à cet effet la part du salarié directement sur son salaire. Le tarif des primes en vigueur dans l'assurance-accidents regroupe les entreprises par domaine professionnel et classe de danger.

Les primes pour les accidents du travail et les maladies professionnelles s'échelonnent en fonction de la classe de danger de l'entreprise (7 classes de danger) et les niveaux de danger, c'est à dire en fonction du taux de sinistres (11 niveaux de danger).

Les primes sont identiques pour les hommes et les femmes.

Prestations

L'assurance-accidents délivre des prestations collectives destinées à prévenir les accidents, des prestations financières et des prestations matérielles. Avant d'aborder chacune de ces prestations dans le détail, il est nécessaire de se familiariser avec certains termes :

Termes

Exercice 3.2.4

Essayez d'expliquer les termes ci-dessous en consultant les documents concernant les différentes assurances : Vous trouverez des documents sous www.suva.ch, www.admin.ch (LAA, LPGA).

Exercice

- **Accident**

- **Accident du travail**

- **Accidents non professionnels**

- **Maladie professionnelle**

- **Lésions corporelles assimilées à un accident**

- **Exemples**

Déboîtement d'une articulation, déchirure du ménisque, déchirure musculaire, élongation musculaire, lésions des tendons, perforation du tympan, fracture.

- **Accident-bagatelle**

Les prestations d'assurances ne sont versées qu'en cas d'accident. Selon l'art. 4 de la LPGa (Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales), est réputé accident toute atteinte dommageable qui est simultanément :

- Soudaine
- Involontaire
- Portée au corps humain
- Par une cause extérieure (à l'exception des lésions corporelles assimilées à un accident)
- Extraordinaire

Exercice 3.2.5

Classez les situations suivantes en accident, en lésion corporelle assimilée à un accident, en maladie professionnelle ou en maladie :

Événement	Classement
Piqure d'abeille	_____
Suicide	_____ _____
Noyau de cerise dans une tarte aux cerises engendrant un problème dentaire	_____ _____
Allergie à la poussière de farine chez un boulanger	_____
Charge contre la balustrade au cours d'un match de hockey sur glace	_____
Suicide en cas d'incapacité de discernement	_____
Perforation du tympan	_____ _____
Blessure à la suite d'un heurt contre le volant d'une auto-tamponneuse	_____ _____
Résidu de coquille dans un pain aux noix qui blesse une dent	_____
Perle de décoration d'un gâteau qui entraîne une blessure dentaire	_____ _____
Douleurs dorsales suite à une hernie discale	_____
Piqûre de tique	_____
Maladie pulmonaire suite à des travaux dans la poussière	_____ _____
Déchirure du ménisque	_____ _____ _____ _____
Fracture engendrée par l'ostéoporose	_____ _____

Les circonstances dans lesquelles la lésion s'est produite sont déterminantes. Les effets négatifs d'une contrainte quotidienne voulue ne peuvent pas être considérés comme un accident (douleurs dorsales après des travaux à la pelle, problèmes de genoux après de longues périodes de travail à genoux). Les assurés confondent souvent les conséquences et les atteintes.

La question de savoir s'il y a eu accident ne relève pas du domaine de la médecine mais de celui du droit.

Exercice

Exercice 3.2.6

Trouvez-vous parmi les événements suivants des accidents pris en charge par l'assurance-accidents de l'employeur ?

- ☐ Jean, né le 02.02.66, instituteur, s'est cassé la jambe en faisant du snowboard.
- ☐ Giuseppe B., maçon, se rend dans un cabinet médical en raison de douleurs dorsales. Il présente de plus des symptômes de lésion du foie.
- ☐ Une apprentie X appréhende l'examen pratique final. L'examen médical ordonné par la SUVA révèle que l'apprentie X s'est volontairement blessée à la main droite.

1. Prestations matérielles

Soins/traitements médicaux

L'assurance-accidents prend à sa charge les frais liés à un traitement ambulatoire et/ou stationnaire en division commune d'un hôpital public ou subventionné en Suisse, aux médicaments, examens, soins à domicile, cures et moyens auxiliaires (béquilles).

L'assurance prend à sa charge les frais liés aux :

- Moyens auxiliaires (prothèse, aide orthopédique)
- Dommages matériels de lunettes, appareils auditifs, prothèses dentaires
- Frais de déplacement, de secours et de rapatriement
- Transports des dépouilles et frais funéraires

2. Prestations en espèces

Indemnités journalières

Chaque assuré peut prétendre à une indemnité journalière correspondant à 80 % du salaire assuré pendant la période de l'incapacité de travail totale ou partielle prescrite par le médecin (montant réduit en fonction de l'incapacité en cas d'une incapacité partielle).

Le montant du salaire assuré est de : (salaire maximal assuré : Fr. 148'200.-)

- Les indemnités journalières sont calculées sur la base du dernier salaire perçu avant l'accident.
- La rente est calculée sur la base des salaires perçus en l'espace d'un an avant l'accident.

Le terme d'« indemnité journalière », désigne le montant quotidien du salaire de substitution versé par la LAA à l'assuré. Le terme d'« indemnité journalière d'hospitalisation » désigne le montant versé par l'assurance à l'hôpital par jour d'hospitalisation (si assuré).

Le droit à des indemnités naît après une période de carence de trois jours à compter de la date de l'accident.

Si l'assuré est hospitalisé, son indemnité journalière sera réduite pour frais d'entretien de Fr. 20.– par jour pour les célibataires, et de Fr. 10.– par jour pour les couples sans enfants. Les assurés célibataires ou vivant en couple et ayant la charge d'enfants mineurs ou en formation perçoivent la totalité de l'indemnité journalière.

Rente de survivant

Une rente de survivant est accordée :

- au conjoint survivant
- aux enfants jusqu'à l'âge de 18 ans ou jusqu'au terme de leur formation (uniquement jusqu'à l'âge de 25 ans)
- au conjoint divorcé, si l'assuré victime de l'accident était tenu de verser des frais alimentaires.

Rente d'invalidité

La rente d'invalidité en cas d'invalidité totale s'élève à 80 % du gain assuré; si l'invalidité n'est que partielle, la rente est diminuée en conséquence. Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré. Le droit à la rente s'éteint lorsque l'assuré décède.

Indemnité pour atteinte à l'intégrité

Si, par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. Elle est accordée sous forme de prestation en capital et ne doit pas dépasser le montant maximal du revenu annuel assuré. Le montant de l'indemnité est échelonné selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité. L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre à une rente, lorsque le traitement médical est terminé.

Allocation pour impotent

Une allocation pour impotent est accordée à tout assuré qui, en raison de son invalidité, a besoin de l'aide d'autrui pour accomplir les actes ordinaires de la vie quotidienne ou qui requiert une surveillance individuelle. L'allocation pour impotent est calculée en fonction du degré d'impotence. Son montant mensuel atteint le double du salaire journalier assuré pour un taux d'invalidité léger, le quadruple pour un taux d'invalidité moyen et le sextuple pour un taux d'invalidité élevé. Une allocation pour impotent ne peut pas être accordée tant que l'assuré est hospitalisé et peut prétendre à des prestations de l'assurance sociale.

Exercice

Exercice 3.2.7

Classez les sept principales prestations de la LAA par ordre d'importance

Exercice

Exercice 3.2.8

Expliquez en quelques mots-clés à quoi servent les prestations ci-dessous.

Assurance d'indemnités journalières

Indemnité pour atteinte à l'intégrité (citez un exemple)

Allocation pour impotent (citez un exemple)

Réduction et refus de prestations d'assurance

Différentes origines des lésions

- La rente d'invalidité, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ou la rente pour survivant peut être réduite si l'accident n'est que partiellement responsable de l'atteinte à la santé ou du décès.

Accident causé par une faute

- Un assuré, qui provoque intentionnellement une atteinte à sa santé ou sa propre mort, n'a pas droit aux prestations d'assurance, à l'exception des frais funéraires.
- Si l'assuré a provoqué l'accident par une faute grave, les indemnités journalières versées après l'accident sont réduites.
- Si un assuré est victime d'un accident alors qu'il est en train de commettre un crime ou un délit, les prestations en espèces peuvent être réduites et, quand le cas est particulièrement grave, refusées.
- Les prestations en espèces sont refusées si un survivant a occasionné intentionnellement le décès de l'assuré.

Dangers extraordinaires et entreprises téméraires

- L'assurance des accidents non professionnels peut réduire au minimum de moitié ou refuser d'accorder des prestations en espèces à des assurés se confrontant à des dangers extraordinaires et à des entreprises téméraires.

Exercice 3.2.9

Trouvez deux exemples typiques de faute grave sur le poste de travail.

Exercice

Exercice 3.2.10

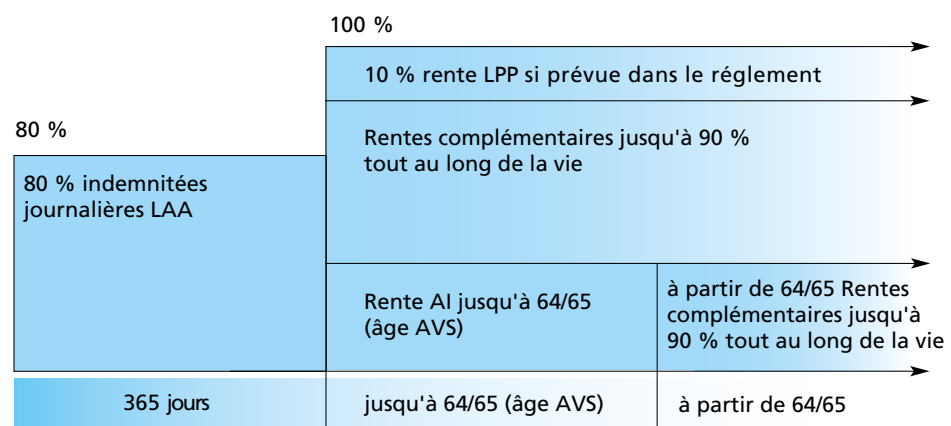
Faites une recherche dans www.google.ch sur les termes de « SUVA entreprises téméraires ». Consultez tous les sites pouvant contenir des informations pertinentes sur le thème « Dangers extraordinaires et entreprises téméraires ». Recherchez les pages les plus détaillées, imprimez-les et classez-les dans votre classeur.

Exercice

Concours de prestations d'autres assurances sociales

Le système d'assurances sociales suisse permet à un assuré de prétendre simultanément à plusieurs prestations différentes. La somme de toutes ces prestations risque alors dépasser le montant de l'ensemble de ses gains (allocation pour enfant et autres comprise). Une telle surindemnisation est socialement inutile et non souhaitable. Les rentes complémentaires LAA permettent d'harmoniser la somme des prestations. Si une rente AI ou PP est complétée par une rente LAA, la somme des deux rentes ne peut pas dépasser 90 % du **salaire perçu** (à ne pas confondre avec le salaire assuré).

Concours des rentes LAA, AI et PP



Assurances complémentaires

Frais de santé

L'assurance-accidents obligatoire prend à sa charge les frais d'hospitalisation en division commune. L'assuré doit s'acquitter de frais d'entretien d'un montant maximum de Fr. 20.– par jour (repas).

La souscription individuelle à une assurance complémentaire spécifique auprès d'une assurance maladie ou d'un assureur privé peut couvrir les frais d'hospitalisation en division semi-privée ou privée.

Indemnités journalières

Les indemnités journalières en cas d'une incapacité de travail totale se montent à 80 % du salaire assuré. Les conventions collectives de travail de certaines branches vont aujourd'hui bien au-delà du minimum prescrit par la LAA. Le droit au salaire du salarié peut parfois correspondre au montant du salaire net voire brut et ce, sans limitation de salaire, ni jours de carence ou déduction pour frais de repas.

La LAA ne verse pas d'indemnités journalières en cas de pertes de gain provoquées par une incapacité de travail qui n'est pas liée à un accident ou à une maladie professionnelle. Dans ce cas, le maintien du salaire ne dépend pas de la durée des traitements mais de l'obligation de maintien du salaire de l'employeur (cf. chapitre 5.11). Suivant les conventions collectives de travail, certains employeurs versent des prestations nettement supérieures. Renseignez-vous auprès de votre employeur sur les prestations garanties afin d'éviter tout problème financier en cas de maladie de longue durée. Si ces prestations vous semblent insuffisantes, vous avez la possibilité de souscrire une assurance complémentaire pour augmenter le montant de vos indemnités journalières LAA. Vous pouvez alors fixer individuellement le montant des indemnités journalières assurées en cas de maladie. Ce procédé peut également s'appliquer aux indemnités journalières perçues en cas d'accident. Cette option est particulièrement indiquée pour un père de famille dont le revenu principal sert également au paiement d'une hypothèque pour l'achat d'une maison individuelle.

Formulaires de l'assurance-accidents

La déclaration de sinistre (déclaration d'accident)

Tout patient doit annoncer un accident, une maladie professionnelle ou une rechute d'une ancienne atteinte à la santé à son employeur. Le salarié remplit la déclaration d'accident. L'employeur peut saisir la déclaration d'accident en ligne ou l'effectuer de manière manuscrite au moyen de formulaires (exemples de formulaires téléchargeables sous www.suva.ch). L'employeur doit veiller à remplir dûment le formulaire adéquat pour assurer une bonne gestion du cas :

- **Déclaration de sinistre**
- **Déclaration d'accident-bagatelle**

La déclaration d'**accident-bagatelle** n'est remplie que lorsqu'il n'existe pas d'incapacité de travail ou lorsque celle-ci ne dure pas plus de trois jours calendaires (le jour de l'accident compris).

La déclaration de sinistre est remplie en cas d'incapacité de travail de plus de 3 jours calendaires (le jour de l'accident compris), maladie professionnelle, dommage dentaire et rechute.

Un numéro d'accident est attribué à chaque accident (SUVA = numéro SUVA). Chaque entreprise reçoit par la suite un numéro de police (SUVA = numéro d'entreprise). L'assurance-accidents informe le patient par courrier portant le numéro de l'accident de la reconnaissance du cas. Un formulaire de facturation, portant également le numéro de l'accident, est envoyé au médecin. La réception de ce formulaire signifie au médecin que l'assurance-accidents couvrira les frais. Tout échange de correspondance avec l'assurance-accidents doit porter le numéro de l'accident.



La feuille-accident

L'employeur remet au patient une feuille-accident sur laquelle le médecin devra noter chaque consultation ou visite à domicile avec la date et la signature ainsi que l'incapacité de travail. La feuille-accident fait office de certificat d'incapacité de travail et d'attestation d'accident. Le patient doit toujours la porter avec lui. La feuille-accident atteste également du droit aux indemnités journalières.

L'attestation médicale

L'assurance-accidents demande au médecin de rédiger un rapport en cas d'accident complexe. Le médecin reçoit le formulaire correspondant :

- **Accident avec une incapacité de travail supérieure à 3 jours**
- **Accident avec une incapacité de travail liée à une rechute**
- **Maladies professionnelles**

Le rapport intermédiaire

Si un traitement se prolonge, l'assurance-accidents s'informe régulièrement de l'évolution du cas en transmettant au médecin un formulaire à compléter. Elle envoie également cette notification sur un formulaire.

Exercice

Exercice 3.2.11

Madame Dupont travaille à temps partiel comme comptable pour la société Sansoz, boucherie industrielle à Porrentruy. Elle y effectue environ 33 heures de travail par mois. Quel est nom de l'assurance de Madame Dupont ?

Quels sont les risques couverts par l'assurance ?

Exercice 3.2.12

Qu'est qu'un accident-bagatelle ?

Exercice

Exercice 3.2.13

A quoi sert la feuille-accident ? Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Au calcul des indemnités journalières
- ☐ A attester de l'incapacité de travail
- ☐ A la prise en charge des prestations médicales par l'assurance-accidents
- ☐ A la prise en charge des prestations médicales par l'assurance-maladie
- ☐ A la déclaration de l'accident à l'assurance-accidents
- ☐ A attester de l'aptitude au travail

Exercice

Exercice 3.2.14

Donnez la définition d'un ACCIDENT.

Exercice

Exercice 3.2.15

Citez deux motifs pouvant amener une assurance-accidents à réduire, voire refuser des prestations.

Exercice

4 La prévoyance individuelle (3^{ème} pilier)

Quiconque ne veut pas réduire ses besoins en cas d'incapacité de travail ou au moment de la retraite doit généralement prévoir plus d'argent que ce qui est versé par l'AVS et les caisses de pension. De même en cas de décès, les survivants doivent souvent composer avec une grande lacune dans leur prévoyance. Autant de raisons pour souscrire une prévoyance individuelle.

La **prévoyance privée** est généralement une **assurance libre** qui, suivant le modèle choisi, peut être un complément aux rentes vieillesse et/ou survivants ou combler des lacunes de la prévoyance.

La prévoyance individuelle se compose de la **prévoyance liée (3a)** et de la **prévoyance libre (3b)**.

La prévoyance liée est une prévoyance à long terme soumise à des prescriptions strictes en termes de versements, de disponibilité et de clause bénéficiaire. L'État encourage cette forme de prévoyance individuelle en l'assortissant d'avantages fiscaux.

La prévoyance libre est d'une grande souplesse et n'est encadrée par aucune directive étatique. Elle permet elle aussi aux personnes assurées de bénéficier de déductions fiscales intéressantes pour peu que certaines conditions soient respectées.

Personnes assurées

Prévoyance liée (3a) :

Toute personne exerçant une activité lucrative, salariée ou indépendante, soumise en Suisse à l'AVS

Prévoyance libre (3b) :

Toute personne vivant en Suisse

Exécution

Prévoyance liée (3a) :

Compagnies d'assurances et banques

Prévoyance libre (3b) :

Compagnies d'assurances et banques

Financement

Prévoyance liée (3a) :

Le financement est du ressort de la personne assurée. Les primes peuvent être déduites du revenu imposable. La loi fixe les montants annuels à ne pas dépasser : (état de 2015)

- Personnes exerçant une activité lucrative avec prévoyance professionnelle : Fr. 6'768.– par an.
- Personnes exerçant une activité lucrative indépendante sans prévoyance professionnelle jusqu'à 20 % du revenu soumis à l'AVS, limité toutefois à Fr. 33'840.– par année calendaire.

La durée du contrat est limitée à l'âge de retraite AVS.

Prévoyance libre (3b) :

Le financement est du ressort de la personne assurée. Le montant des versements n'est pas limité. La hauteur des primes est fixée individuellement avec l'assurance dans le contrat. La durée du contrat est fixée librement. Les primes ne peuvent pas être déduites du revenu imposable.

Prestations

Prévoyance liée (3a) :

Prévoyance vieillesse : versement de la totalité du capital assuré ou transformation du capital en une rente viagère.

Décès : les membres de la famille du preneur de prévoyance deviennent les bénéficiaires des prestations d'assurance conformément au droit de succession.

Cas spéciaux : le contrat peut être résilié avant l'arrivée à échéance et le capital peut être versé à la personne assurée dans les cas suivants :

- Création d'une activité lucrative indépendante
- Départ définitif de la Suisse (émigration)
- Rachat de cotisations dans une institution de prévoyance du 2ème pilier
- Achat d'un logement en propriété pour ses propres besoins
- Sous certaines conditions, en cas d'invalidité
- Remarque : toutes les prestations de la prévoyance liée sont imposables.

Prévoyance libre (3b) :

Prestations spécifiques en fonction d'un contrat individuel avec libre choix du bénéficiaire en cas de décès. Le versement du capital au terme du contrat n'est pas imposable pour autant que le contrat soit conclu pour une durée d'au moins 5 ans (10 ans pour des assurances liées à des fonds).

Voies de recours

Prévoyance liée (3a) :

Elle est régie par la Loi sur le contrat d'assurance LCA, l'art. 82 de la LPP et l'OPP 3. Bien que le contenu de ces contrats d'assurance soit régi par l'OPP, les litiges de leur exécution sont du ressort des mêmes instances que la prévoyance professionnelle (art. 73 alinéa. 1 lettre. b LPP).

Prévoyance libre (3b) :

Elle est régie par la Loi sur le contrat d'assurance LCA et est donc du ressort du droit civil.

5 L'assurance maladie (LAMal)

5.1. L'assurance maladie sociale

Le but de l'assurance maladie sociale est de garantir l'accès à des soins médicaux à toutes les personnes vivant en Suisse. Elle pourvoit aux traitements médicaux en cas de maladie ou d'accident non pris en charge par l'assurance-accidents.

Par extension, l'assurance maladie sociale protège aussi les assurés contre les conséquences économiques de la maladie, des accidents et de la maternité. Les prestations sont assurées sur le principe de la compensation, c.-à-d. que les cotisations de la communauté des assurés servent à couvrir les frais médicaux des malades (**principe de solidarité**).

La LAMal comprend l'**assurance obligatoire des soins et une assurance facultative d'indemnités journalières**.

L'assurance obligatoire des soins assure des prestations en cas de :

- **Maladie**
- **Accident, pour autant qu'il n'y ait pas de prise en charge par l'assurance-accidents**
- **Maternité**
- **Prévention**

Définitions

Exercice 5.1.1

Recherchez les définitions des termes suivants :

Maladie

Exercice

Accident

Maternité

--

Prévention

--

Primes

--

Franchise

Quote-part

--

Forfait hospitalier

--

Participation aux coûts

--

Les assureurs-maladie offrent les assurances suivantes :

- Assurance obligatoire des soins (AOS) suivant la loi sur l'assurance maladie (LAMal) et couvrant la maladie, la maternité et les accidents (si l'assuré ne dispose pas d'une assurance-accidents, p. ex. travailleur indépendant, femme au foyer ou enfant)
- Assurance facultative d'indemnités journalières suivant la LAMal
- Indemnités journalières suivant la loi sur le contrat d'assurance (LCA)
- Assurances complémentaires au sens de la LCA

5.2. Personnes assurées

Toute personne domiciliée en Suisse doit s'assurer pour les soins en cas de maladie dans les 3 mois qui suivent sa prise de domicile ou sa naissance en Suisse. L'assuré peut choisir librement son assureur. Les assureurs sont quant à eux, tenus d'assurer à l'AOS toute personne concernée par l'obligation de s'assurer.

L'autorité désignée par le canton affilié d'office toute personne tenue de s'assurer qui n'a pas donné suite à cette obligation en temps utile.

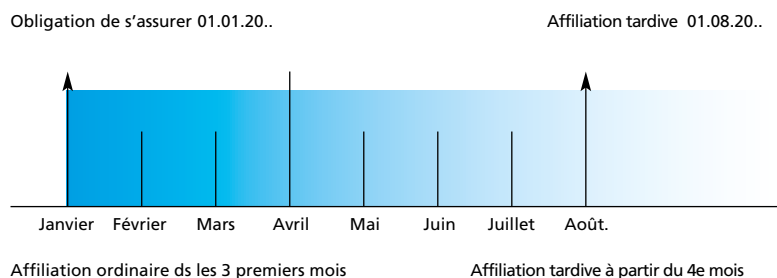
Affiliation tardive

En cas d'affiliation tardive, l'assurance déploie ses effets dès l'affiliation. L'assuré doit verser un supplément équivalent à 30 – 50 % du montant de la prime pendant une période égale au double de son retard.

Exemple

Obligation de s'assurer au 01.01.20.. Affiliation tardive le 01.08.20..

Affiliation ordinaire dans les 3 premiers mois. Affiliation tardive avec un retard de 4 mois.



4 mois de retard $\times 2 = 8$ mois. Prime majorée de 30 à 50 % pendant 8 mois.

Ce supplément ne doit pas être exigé en cas de difficultés financières ou de prise en charge de la prime par des organismes sociaux.

Sont en outre tenus de s'assurer :

- Les étrangers séjournant ou s'établissant en Suisse pour une durée supérieure à 3 mois.
- Les requérants d'asile qui disposent d'une autorisation de séjour.
- Les employés (de nationalité suisse ou d'un des États membres de l'U.E.) travaillant à l'étranger pour une entreprise dont le siège est en Suisse, qui étaient assurés en Suisse avant leur expatriation.
- Les personnes du service public séjournant à l'étranger.
- Les frontaliers exerçant une activité lucrative en Suisse (réglé par les accords bilatéraux).

Suspension de la couverture des accidents

La couverture accident intégrale au sens de la LAA (accidents professionnels et non professionnels) engendrant une double couverture avec l'AOS, la couverture accident de cette dernière peut être suspendue et la prime correspondante réduite. L'assuré doit en faire la demande écrite, la suspension étant effective le mois suivant.

L'employeur ou l'assurance chômage informe par écrit l'assuré de la fin de sa couverture accident. La personne assurée dispose ensuite d'un mois pour signaler le terme de son assurance-accidents à son assureur-maladie.

5.3. Exécution

Les **caisses-maladie** sont des entités juridiques de droit privé ou public sans but lucratif qui gèrent principalement l'assurance-maladie sociale et qui sont reconnues par le Département fédéral de l'intérieur (DFI). Le DFI autorise les institutions d'assurance qui satisfont aux exigences légales à pratiquer l'assurance-maladie. Il existe en Suisse 67 assurances-maladie proposant des prestations d'assurance-maladie obligatoire.

Les conditions suivantes sont requises pour obtenir une autorisation de pratique :

un assureur doit remplir les conditions suivantes :

- Proposer une assurance-maladie sociale selon le principe de la solidarité et garantir l'égalité de traitement des assurés. Il ne doit affecter les ressources provenant de l'assurance-maladie qu'à des buts d'assurance-maladie.
- Disposer d'une organisation et pratiquer une gestion qui garantisse le respect des dispositions légales.
- Être en mesure de remplir à tout moment ses obligations financières.
- Pratiquer également l'assurance individuelle d'indemnités journalières conformément à LAMal.
- Avoir un siège en Suisse.

La loi sur l'assurance maladie établit une séparation claire entre l'assurance-maladie sociale (assurance obligatoire des soins et assurance facultative d'indemnités journalières) et les assurances complémentaires telles qu'elles sont définies dans la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA), qui peuvent dégager des bénéfices.

Cette division juridique de l'assurance-maladie a pour conséquence deux organes de surveillance différents :

- L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) surveille depuis 2004 l'application de l'assurance-maladie sociale selon la LAMal et les institutions d'assurance-maladie.
- L'Office fédéral des assurances privées (OFAP) surveille quant à lui l'application de l'assurance complémentaire facultative au sens de la LCA.

Exercice 5.3.1

Exercice

a) Expliquez, avec des mots-clés, la notion du « principe de solidarité ».

b) Comment s'appellent les assurances-maladie sans but lucratif ? Quels sont les produits d'assurance qu'elles commercialisent ?

c) Quels produits d'assurance peuvent être proposés par une assurance-maladie dans un but lucratif ?

Principaux acteurs de l'assurance-maladie

L'**Office fédéral de la santé publique (OFSP)** surveille l'application de la LAMal par les assurances-maladie sociales tandis que les assurances privées en charge des assurances complémentaires sont placées sous l'autorité de l'Office fédéral des assurances privées (OFAP).

L'OFSP est responsable de l'application uniforme de la LAMal par les différentes assurances-maladie. Il dispose aussi d'un droit de regard sur la situation financière des assurances et a accès, à ce titre, au rapport annuel, budget et comptes annuels de chaque assurance. L'OFSP assure également la validation des primes que prévoit chaque assureur pour l'année prochaine. Pour être valides, les primes des assureurs doivent être validées par l'OFSP.

Les assurances-maladie sont regroupées au sein de deux fédérations indépendantes, ce sont SantéSuisse et Curafutura.

Le **RVK** est une Union de réassurance qui propose ses prestations aux petites et moyennes assurances-maladie. La Fédération suisse pour tâches communes des assureurs-maladie (**SVK**) est compétente pour les gros risques précis (traitements très onéreux) et certaines prestations comme par exemple :

- Les dialyses, la transplantation d'organes, la radiothérapie etc.
- L'organisation et la direction des agences AI des assureurs-maladie suisse

Exercice

Exercice 5.3.2

Énumérez quelques assureurs-maladie connus dans votre cabinet médical.

Accords d'entraide internationaux

Les frais de traitement dans l'UE ou dans un État de l'AELE d'un citoyen de l'UE, de l'AELE ou d'un citoyen suisse domicilié en Suisse sont pris en charge par un organisme d'entraide (assureur-maladie suisse). L'organisme d'entraide peut ensuite récupérer les frais de traitement auprès de l'agence de liaison suisse. Il s'agit de l'«Institution commune LAMal, dont le siège se situe à Soleure». La SUVA joue ce rôle d'agence de liaison pour les accidents qui se produisent dans un des pays signataires et relèvent de la LAA. Le même principe s'applique aussi dans le cas contraire (traitement en Suisse d'un citoyen de l'UE, de l'AELE ou d'un Suisse domicilié dans un État membre de l'UE ou de l'AELE. Pour plus d'informations à ce sujet voir www.kvg.org).

Calcul des coûts d'un traitement

Traitement de touristes d'un État de l'UE ou de l'AELE

Le patient prouve son droit aux soins en présentant sa carte européenne d'assurance-maladie. Le médecin envoie sa facture conformément au tarif de la caisse d'assurance-maladie avec les informations de la carte européenne d'assurance maladie directement à l'institution commune LAMal qui prend en charge la facture après déduction d'une quote-part. Le médecin encaisse cette quote-part directement chez le patient après tout séjour de 30 jours, soit Fr. 92.– pour les adultes et Fr. 33.– pour les enfants.

Traitement de personnes assurées en Suisse

En situation d'urgence dans un pays de l'UE, le patient présente au fournisseur de prestations (p. ex. le médecin) sa carte européenne d'assuré maladie. Le patient bénéficie alors du catalogue de prestations du pays de traitement et ne doit s'acquitter que des coûts prévus par la législation locale. (Avantage : inutile d'emporter de grosses sommes d'argent liquide.)

Carte d'assuré au format carte de crédit

L'entrée en vigueur des accords bilatéraux fait que, depuis janvier 2006, tous les assureurs-maladie suisses établissent des cartes d'assuré-maladie au format carte de crédit conformément aux directives de l'UE.

La carte contient toutes les informations nécessaires à la prise en charge directe des prestations médicales par l'assureur et ce, en Suisse (p. ex, dans une pharmacie) ou dans un État de l'UE ou de l'AELE. La carte d'assuré est standardisée au niveau européen et facilite le traitement administratif en Europe.

Le recto de la carte contient toutes les informations relatives à l'assurance et un numéro d'urgence, permettant d'obtenir une assistance médicale à l'étranger 24/24h. Le recto de la carte diffère en fonction de l'assurance-maladie.

Le verso, identique pour tous les assureurs, possède une bande magnétique (qui ne contient aucune information médicale) destinée à faciliter la relation entre le patient et le fournisseur de prestations. Le verso fait office de carte européenne d'assurance-maladie. Il permet de se faire soigner en cas d'urgence lors d'un séjour dans un pays de l'UE ou de l'AELE. Le verso, contenant la carte européenne d'assurance-maladie, est identique pour toutes les assurances-maladies.

ÉTATS DE L'UE :

Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Italie, Irlande, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Pays-Bas, Pologne, Portugal, Roumanie, Royaume-Uni, Suède, Slovaquie, Slovénie, Tchéquie.

ÉTATS DE L'EEE :

Islande, Liechtenstein, Norvège

ÉTAT DE L'AELE :

Suisse

ÉTAT SIGNATAIRE :

Macédoine

Carte européenne d'assurance-maladie



Choix et changement de caisse-maladie / résiliation

Comme nous l'avons mentionné plus haut, l'assurance de base est régie par la loi et le catalogue des prestations est identique en Suisse pour tous les assureurs. Chaque assureur-maladie présent sur le territoire suisse est de plus tenu d'assurer tout individu à l'assurance de base, sans clause de réserve.

Aussi, pourquoi ne pas profiter de cette situation et choisir une assurance-maladie qui propose une assurance de base au meilleur prix ? Le grand nombre des caisses maladie rend toutefois une comparaison très difficile. Les médias, associations de consommateurs ou d'autres organismes sont des aides précieuses.

Le site Internet de l'Office fédéral de la santé publique www.priminfo.ch dispose d'un comparateur de prime. Les primes de l'assurance de base étant régulièrement ajustées par les assurances, il est conseillé de vérifier leur montant tous les ans. Le montant de la prime ne doit pourtant pas être l'unique critère de choix d'une assurance-maladie, l'image de l'assurance et la qualité des prestations doivent également être prises en compte.

Éléments qui devraient être pris en compte au moment de changer de caisse maladie :

- Résiliation de l'assurance de base
- Résiliation possible au 30 juin ou au 31 décembre moyennant un préavis de 3 mois.
- Résiliation en cas de franchise élevée, HMO ou modèle médecin de famille
- Uniquement au terme de l'année civile moyennant un préavis d'un à trois mois.
- Résiliation au moment de la notification d'une nouvelle prime
- La caisse maladie doit notifier une modification de la prime au minimum 2 mois avant son application. En cas d'augmentation ou de baisse de la prime, l'assuré dispose d'un délai de résiliation réduit d'un mois (également en cas de notification d'augmentation de la franchise).
- Résiliation en cas d'assurance avec bonus
- Uniquement 5 ans après la signature du contrat, moyennant un préavis de résiliation donné et lié au changement pour une autre forme d'assurance ou un autre assureur. La résiliation n'est effective que lorsque le nouvel assureur a confirmé l'affiliation de l'assuré à son ancienne caisse maladie.

Exercice 5.3.3

a) Quelles sont les dates de résiliation pour un contrat classique ? Quelle est la durée du préavis ?

b) L'assureur notifie fin novembre une augmentation de la prime de l'assurance de base au 1er janvier de l'année suivante. Quelle est la première date de résiliation possible ?

Exercice 5.3.4

Allez sur www.priminfo.ch et faites un comparatif des primes d'assurance de base. Copiez le résultat dans un document Word et imprimez-le. Marquez votre assureur et calculez la différence avec la prime la plus basse. Notez-la sur une feuille. Classez le document dans votre classeur.

5.4. Prestations

L'assurance prend en charge les prestations prescrites ou délivrées par le médecin. Ces prestations doivent remplir les critères suivants :

- Caractère économique
- Adéquation
- Efficacité

Possibilités de facturation des prestations

Tiers payant (paiement direct)

L'assureur paie directement la facture du fournisseur de prestations. L'assureur facture à l'assuré une participation aux frais. L'assureur est ici le débiteur des honoraires et assume le risque lié à l'encaissement de la quote-part.

Tiers garant (remboursement)

Le patient paie la facture du fournisseur de prestations. Le patient envoie ensuite la facture à l'assureur qui le rembourse après retenue de la quote-part. Le patient est ici le débiteur des honoraires et c'est le fournisseur de prestations (p. ex. le médecin), qui assume le risque lié à l'encaissement de la facture.

Tiers soldant (paiement direct de la prestation nette)

Une déclaration de cession du patient fait que, malgré le système du Tiers garant, l'assureur paie directement le montant net de la prestation au fournisseur de prestations. Le fournisseur ne doit facturer au patient que le montant de la quote-part (participation aux frais).

Le système appliqué dans chaque canton est fixé dans la convention tarifaire cantonale. Sans autre indication, c'est le «Tiers garant» qui est appliqué.

Types de prestations

Les prestations sont prises en charge dans les domaines ambulatoires, stationnaires ou semi-hospitaliers. Dans le secteur ambulatoire, la prise en charge des coûts est limitée au lieu de résidence et à celui de travail, dans les secteurs stationnaires et semi-hospitaliers, sur le tarif en division commune dans le canton de résidence.

L'obligation de rembourser se limite aux prestations des médecins, chiropraticiens, etc. autorisés. Les fournisseurs de prestations doivent respecter la convention tarifaire ou celles fixées par les gouvernements cantonaux et n'ont pas le droit de facturer de frais supplémentaires (protection tarifaire). Si un assuré n'a pas payé ses primes, l'assureur peut déposer une réquisition de continuer la poursuite auprès de l'AOS et suspendre la prise en charge des prestations jusqu'au paiement de l'arriéré des primes. Une fois que l'assuré a versé l'ensemble des primes, l'assureur rembourse rétroactivement toute les prestations de l'assuré (uniquement AOS). Dans le cas des assurances complémentaires, les assureurs peuvent refuser, sous certaines conditions, le remboursement de prestations même si l'assuré s'est acquitté de ses primes en retard. C'est le cas par exemple lorsque les participations aux frais n'ont pas été versées pendant deux mois et que l'assureur a effectué une procédure de rappel auprès de l'assuré.

Exercice

Exercice 5.4.1

- a) Quels critères doivent remplir les prestations d'un médecin pour être remboursées par la caisse maladie ?

- b) Expliquez par des mots-clés la différence entre tiers payant et tiers garant :

Tiers payant

Tiers garant

- c) Quels sont les types de traitements pris en charge par l'assurance si l'assuré n'a souscrit qu'une assurance de base ?

Catalogue des prestations de l'AOS

Traitements ambulatoires

Traitement prescrit par un médecin, chiropraticien ou du personnel médical diplômé (orthophoniste, infirmière, physiothérapeute, etc.), conformément à la convention tarifaire du lieu de travail ou de résidence.

Étranger

- Traitements ambulatoires et stationnaires en cas d'urgence ou de maladie aiguë lors d'un séjour temporaire à l'étranger.
- Traitements stationnaires en cas d'urgence et de maladie aiguë.
- Protection juridique à l'étranger
- A hauteur maximale de 2 fois le montant du tarif suisse (lieu de domicile).

Cure thermique

- Pour raison médicale et prescrite par un médecin autorisée dans des thermes conventionnés.
- Traitements médicaux et thérapies en fonction des besoins sur le lieu de cure. Fr. 10.-/jour pour un maximum de 21 jours par année civile.

Services d'aide et de soins à domicile (Spitex)

- Soins médicaux prescrits par un médecin et délivrés à domicile par des fournisseurs de prestations autorisés.
- Suivant la convention tarifaire du lieu de résidence.

Moyens auxiliaires

Moyens indispensables prescrits par le médecin selon l'ordonnance sur les moyens et appareils (LiMa).

Kid's Care

Assistance et soins pour les enfants malades

Médecine complémentaire

Prestations de médecine complémentaire par des médecins diplômés, reconnus par la loi. Uniquement pour l'acupuncture (uniquement des médecins, selon les conventions tarifaires du lieu de domicile ou de travail)

Médicaments

Médicaments remboursés par les caisses. Suivant la liste des spécialités (LS).

Maternité

- Examens de contrôle (7 avant la naissance et 1 après la naissance) 8 examens de contrôle, 2 échographies.
- Conseils (d'une sage-femme ou d'une infirmière spécialement formée), 3 séances.
- Cours de préparation à la naissance (donnés par une sage-femme) Fr. 100.-
- Traitements stationnaires.

Établissements médico-sociaux

Soins médicaux dans des établissements médicaux sociaux reconnus. Suivant la convention tarifaire du lieu de résidence.

Prévention

- Prise en charge des coûts pour certains examens, pour la détection précoce de maladies ainsi que pour des mesures prophylactiques (p. ex. prestations de vaccination).
- Prestations effectuées ou prescrites par le médecin. Selon la convention tarifaire du lieu de résidence.

Hôpital (Suisse)

- Traitement dans les hôpitaux reconnus selon la liste cantonale des hôpitaux.
- Couverture intégrale en division commune d'un hôpital du canton de domicile.
- Séjour (confort de la chambre): chambre à plusieurs lits.

Transports

- Transports en ambulance ou transports aériens pour raisons médicales et indispensables
- 50 % à hauteur de Fr. 500.- par année civile.
- Secours en Suisse 50 % jusqu'à hauteur de Fr. 5'000.- par année civile (sans coûts de recherche et de sauvetage)

Frais dentaires

- Lésions dentaires causées par un accident : selon les conventions tarifaires
- Maladie grave du système masticatoire : selon les conventions tarifaires
- Autre maladie grave : selon les conventions tarifaires

Réserve et exclusion de prestations

Les prestations de l'assurance-maladie obligatoire LAMal ne peuvent pas être empêchées par une clause de réserve. Le libre accès aux soins est garanti. La LAMal autorise toutefois une période de carence d'au maximum 5 ans pour le versement des indemnités journalières facultatives, pour des maladies antérieures à l'affiliation. C'est l'assureur-maladie qui décide de la période de carence après vérification de la déclaration de santé au moment de l'affiliation.

Les assurances complémentaires suivant la LCA ne pratiquent aujourd'hui plus de périodes de carence mais imposent des **exclusions de prestations**. Ces exclusions sont applicables à toute la durée du contrat et ne s'éteignent pas au terme d'un délai donné. L'assureur ne peut envisager une levée de l'exclusion de prestations que sur une demande de l'assuré contenant de nouveaux certificats médicaux.

5.5. Financement

Définition de la prime

Somme que le preneur d'assurance (assuré) débourse pour bénéficier d'une gamme de prestations d'assurance (paiement des primes mensuel, bisannuel ou annuel). Les primes de la caisse maladie sociale ne sont pas calculées en fonction de risques concrets. La loi impose que chaque assuré verse la même prime pour être protégé contre les mêmes risques.

Exceptions

- Différences de coûts cantonales et régionales
- Enfants jusqu'à l'âge de 18 ans et jeunes adultes entre 19 et 25 ans

Les cantons peuvent également accorder des réductions individuelles de primes aux assurés de condition économique modeste. Les **réductions individuelles de primes** peuvent être demandées auprès de la commune du canton de résidence. Les modèles de réduction de primes diffèrent en fonction des cantons.

Les services suivants fournissent des renseignements sur la réduction individuelle de prime :

- Agence AVS de la commune de résidence
- Caisse cantonale de compensation AVS

Exercice 5.5.1

Expliquez la différence entre réserve et exclusion de prestation.

Exercice

Exercice 5.5.2

L'assurance obligatoire des soins peut-elle appliquer des réserves ?

☐ non ☐ oui

Exercice

Exercice 5.5.3

a) La Famille M. (4 personnes) croule sous le poids des primes de caisse maladie.

Madame M. vous demande votre aide, que lui conseillez-vous ?

Exercice

b) Où Madame M. peut-elle se renseigner ?

Participation aux coûts

Les assurés participent aux coûts des prestations dont ils bénéficient. Leur participation comprend :

- un montant annuel fixe, la **franchise**. La franchise s'élève à Fr. 300.– et doit être versée par année civile. – La franchise ne s'applique pas aux enfants. Le montant de la franchise peut être adapté pour bénéficier d'une réduction de prime (Fr. 500.–/ Fr. 1'000.–/Fr. 1'500.–/Fr. 2'000.–/Fr. 2'500.– pour les adultes et Fr. 100.–/Fr. 200.–/Fr. 300.–/Fr. 400.–/Fr. 500.–/Fr. 600.– pour les enfants). Le montant de réduction de la prime varie en fonction de l'assurance.
- une **quote-part** égale à 10 % des frais médicaux qui dépassent la franchise. La quote-part ne doit pas dépasser la somme annuelle de Fr. 700.– pour un adulte et de Fr. 350.– pour un enfant. Plusieurs enfants d'une même famille, assurés par le même assureur, paient ensemble au maximum le montant de la franchise et de la quote-part dus par un adulte = Fr. 1'000.–. La quote-part des médicaments de la liste des spécialités qui disposent d'un générique est de 20 %.
- un **forfait hospitalier journalier** de Fr. 15.– pour les frais d'hôpitaux **à l'hôpital** à partir de l'âge de 26 ans. En général, le jour d'admission à l'hôpital et le jour de sortie valent comme journée hospitalière complète, pour laquelle le forfait hospitalier s'applique.

Exceptions

Les exceptions s'appliquent pour les enfants et les jeunes adultes de 19 à 25 ans qui suivent une formation.

Les assureurs ne peuvent en revanche prélever aucune participation aux coûts pour les prestations de maternité (ni franchise, ni quote-part). Depuis, le 01.03.2014, les complications survenues de la 13^{ème} semaine de grossesse et jusqu'à huit semaines après l'accouchement ne jouent plus aucun rôle. Avant cette date, la participation aux frais était due en cas de complications pendant la grossesse et d'enfant mort-né. Une participation aux frais est demandée en cas d'interruption volontaire de grossesse.

Exercice

Exercice 5.5.4

Monsieur Pierre Sieber (1956) a reçu une facture d'un montant de Fr. 452.70 pour un traitement médical effectué du 02.06 au 20.08.20..

Monsieur Sieber dispose d'une assurance de base au sens de la LAMal et c'est sa 1^{ère} facture de soins de l'année.

Veuillez calculer :

La franchise	Fr. 300.–
La quote-part	Fr. _____
Le total payé par le patient	Fr. _____
Le montant payé par la caisse maladie	Fr. _____

Exercice 5.5.5

Exercice

Le Dr Petiot envoie à l'assureur une autre facture pour Philippe Sieber pour un traitement effectué du 5.09. au 04.12.20.. Montant de facture : Fr. 267.–

Veuillez calculer :

La franchise	Fr. déjà versée
La quote-part	Fr. _____
Le total à payer par le patient	Fr. _____
Le montant payé par la caisse maladie	Fr. _____

Possibilités d'économiser sur les primes

Le montant des primes de l'assurance de base dépend du lieu de résidence de l'assuré. Les enfants jusqu'à l'âge de 18 ans et les jeunes adultes de 19 à 25 ans bénéficient de primes réduites par rapport à celles des adultes. Les assurés collectifs paient la même prime d'assurance de base que les autres assurés. Des réductions ne peuvent être accordées que pour les assurances complémentaires. La Confédération et les cantons ne versent aucune subvention aux assureurs maladie. Ils offrent en revanche des réductions individuelles de primes aux familles et aux personnes à faible revenu. (Réductions individuelles de primes)

Faire des économies, c'est aussi prendre ses responsabilités.

Suivant les assurances-maladie, il existe plusieurs possibilités :

- Opter pour une franchise plus élevée (remise pouvant aller jusqu'à 50 %)
- Réduire la liberté de choisir son médecin (p. ex. : modèle du médecin de famille, Cabinet médical HMO)
- Opter pour une franchise plus élevée pour l'assurance complémentaire LCA (p. ex. : hôpital semi-privé)
- Rabais pour les contrats collectifs LCA (cf. chapitre 5.12)
- Adopter un modèle de consultation Telmed
- Suspender l'assurance accident (activité lucrative supérieure à 8 heures par semaine)
- Déposer une demande de réduction individuelle de prime
- S'acquitter d'une prime annuelle ou bisannuelle
- Suspender l'assurance en cas de service militaire de longue durée (+ 60 jours consécutifs)
- Famille (parfois rabais plus élevés à partir du 3ème enfant)
- Vérifier la couverture LCA et éventuellement la réduire
- Assurance avec bonus

Managed-Care

Assurance HMO/Centre de santé (Health-Maintenance Organization)

Par Managed-Care, on entend l'application de principes de gestion entrepreneuriale aux soins médicaux et à leur gestion par les assureurs et les financiers. Il existe de nombreuses variantes de ce modèle en Suisse et nous ne nous concentrerons ici que sur les plus importants.

Cette idée est née aux États-Unis. Au lieu de se rendre chez un médecin, les patients vont dans un centre de santé. Son but est d'attirer, par des incitations financières, les médecins et autre personnel médical à exercer leur métier dans des infrastructures les moins coûteuses possible. Les assurés, qui optent pour ce modèle, s'engagent à toujours consulter d'abord un médecin du centre HMO. Les consultations de gynécologie, de pédiatrie et d'ophtalmologie constituent des exceptions à la règle. Toutes les autres prestations de santé ne sont prises en charge par la caisse maladie qu'avec une prescription du médecin HMO.

La Suisse compte près de 30 centres HMO et presque tous appartiennent à des caisses maladie. Ce modèle d'assurance alternative connaît un succès croissant depuis quelques années. Il a principalement attiré des personnes saines désirant réduire le montant de leur prime, aussi le travail de gestion du centre HMO est réduit au minimum. La baisse des coûts de traitement n'atteint en revanche pas les objectifs poursuivis par les assurances-maladie. Il n'est donc pas étonnant que les assureurs-maladie tentent de développer d'autres modèles alternatifs, comme par exemple la consultation Telmed.

Exercice

Exercice 5.5.6

Procurez-vous des documents auprès de votre caisse maladie. Essayez d'identifier les avantages et les inconvénients du modèle HMO.

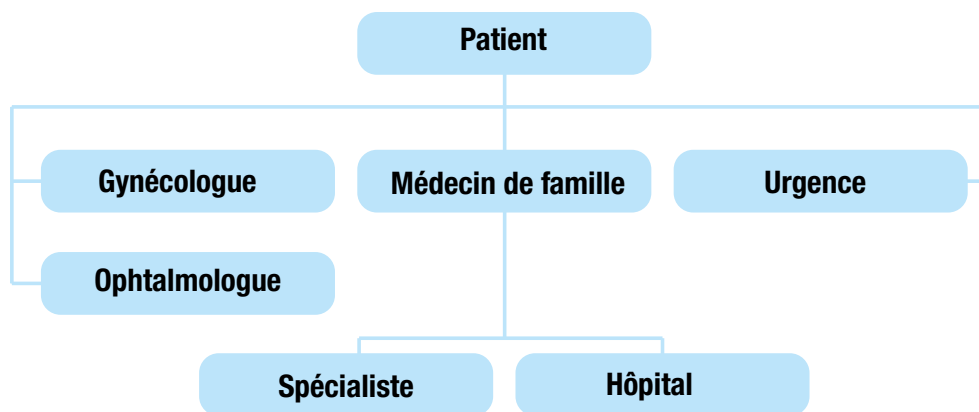
Avantages

Inconvénients

Modèle du médecin de famille/Assurance avec un médecin de famille

L'assuré s'engage à toujours consulter d'abord son médecin de famille. Il choisit ce médecin à la conclusion du contrat dans une liste fournie par l'assurance. Le médecin soigne le patient et l'envoie, si nécessaire, chez un spécialiste.

Les consultations de gynécologie et d'obstétrique peuvent toujours s'effectuer avec le médecin de son choix. Il en va de même pour le pédiatre, l'ophtalmologue et en cas d'urgence.



Les modèles des médecins de famille qui ne disposent pas d'un réseau de médecins sont en revanche beaucoup moins intéressants : les caisses maladie établissent ici des listes de médecins sur l'unique critère du tarif. L'économie attendue est généralement relativement faible car les médecins ne savent pas que la caisse maladie leur a transmis une mission de contrôle des coûts. Il arrive souvent que l'ensemble d'un traitement se déroule sans la moindre supervision. Le modèle du médecin de famille n'est par ailleurs ni tenu à l'obligation de prescrire des génériques, donc des copies de médicaments originaux moins onéreuses, ni à l'obligation de demander un second avis médical avant certaines interventions.

Exercice 5.5.7

Procurez-vous des documents auprès de votre caisse maladie. Essayez d'identifier les avantages et les inconvénients du modèle de médecin de famille.

Exercice

Avantages

Inconvénients

Modèle de consultation Telmed

A chaque nouveau problème de santé, les assurés doivent appeler un centre de conseil médical avant d'aller chez le médecin. Là, des professionnels de la santé leur donnent des renseignements et des recommandations sur la conduite à tenir ou dirigent les patients vers un médecin, un hôpital ou un thérapeute. Ne sont pas soumis à l'obligation d'appeler d'abord le centre de conseil : les urgences, les examens gynécologiques annuels, les contrôles de la vue chez un ophtalmologue et d'autres prestations différentes selon chaque caisse maladie. Ce modèle accorde également aux assurés une forte réduction de la prime.

Réseaux de médecins

Les associations de médecins et de caisses d'assurance-maladie veulent que les réseaux de médecins soient à l'avenir inscrits dans l'assurance de base. Le but est d'augmenter le montant de la quote-part pour les patients qui veulent organiser eux-mêmes leurs soins médicaux. La quote-part resterait en revanche la même pour les patients soignés par un réseau constitué de médecins de famille, de spécialistes, de Spitex et de thérapeutes. Un tel réseau devra remplir des critères économiques et qualitatifs, tout en assumant son financement. Selon les derniers chiffres du Formus Managed Care, il existerait près de 100 réseaux de médecins en Suisse, la plupart se consacrant exclusivement à des prestations médicales. Les caisses maladie ont déjà conclu des conventions de collaboration avec certains d'entre eux. Un des points de ces conventions est que les médecins sont associés au risque financier que représentent les soins. Le réseau reçoit ainsi un budget par assuré et est récompensé en cas de respect du budget.

Il n'existe pas encore de réglementation légale dans ce domaine. L'Association suisse des réseaux de médecins *med-swiss.net* définit un réseau de médecins de la manière suivante :

- **Désignation des médecins** : Les réseaux de médecins sont constitués de fournisseurs de prestations (médecins de famille et spécialistes) et fournissent des prestations de santé.
- **Collaboration obligatoire** : Un contrat fixe les règles de collaboration des médecins entre eux et entre les médecins et les autres fournisseurs de prestations ou les organismes payeurs (assurances).
- **Une seule et même philosophie** : Les médecins participants appliquent tous les mêmes catalogue de prestations, organisation, modèle d'entreprise et suivi des patients.
- **Care-Management** : Les prestations de santé viennent autant que possible d'un seul et même prestataire.
- **Orientation besoins** : Les réseaux de médecins se consacrent exclusivement aux besoins des patients.
- **Objectif qualité** : Tous les participants s'engagent pour des soins de haute qualité.

Deuxième avis médical (seconde opinion)

Ce modèle vise à réaliser des économies en réduisant les mesures thérapeutiques ou diagnostiques inutiles, en particulier les opérations.

L'assuré s'engage à demander un deuxième avis médical auprès du médecin-conseil de sa caisse maladie avant certains examens ou opérations (à l'exception des urgences).

Voici une liste des opérations concernées : Ici, il n'y a en général plus de réductions des primes. L'examen pour le deuxième avis médical est proposé sans aucune participation aux frais de la part de l'assuré.

- Amygdalectomie
- Chirurgie reconstructrice des ligaments
- Chirurgie du disque intervertébral
- Intervention sous arthroscopie
- Pose d'articulation artificielle
- Césarienne (si prévisible)
- Opérations d'hallux
- Ablation de l'utérus, de la prostate ou de la vésicule biliaire
- Opération de la cataracte
- Opération des varices
- Greffe de cornée
- Etc.

Gestion des cas / case et care management

La quasi-totalité des caisses maladies proposent aujourd'hui une gestion des cas, resp. un Case ou Care Management. Il s'agit d'une méthode employée par les services sociaux, qui met l'accent sur la gestion systématique des patients durant la totalité du traitement. Bien que la description du mode de fonctionnement de la gestion des cas, du Case Management et du Care Management diffère, ces termes sont souvent utilisés indifféremment comme synonymes par les assureurs. Étant donné qu'il n'existe quasiment aucune prescription dans ce domaine, les différents modèles des assurances maladie et accident divergent. En général, l'accent est mis sur la gestion active de l'assurance en cas de traitements coûteux (p. ex. réadaptations). La participation à une telle gestion est volontaire dans l'assurance de base. Pour certaines assurances complémentaires, la participation peut être obligatoire.

Exercice 5.5.8

Procurez-vous des documents auprès de votre caisse maladie. Essayez d'identifier les avantages et les inconvénients du deuxième avis médical.

Avantages

Inconvénients

Connaissez-vous d'autres possibilités de réduction de primes ?
Examinez la documentation de la caisse d'assurance.

5.6. Assurance facultative d'indemnités journalières au sens de la LAMal

Toute personne domiciliée en Suisse ou qui y exerce une activité lucrative, âgée de quinze ans révolus, mais qui n'a pas atteint 65 ans, peut conclure une assurance d'indemnités journalières avec un assureur de son choix. De nombreux assureurs-maladie ont énormément baissé le montant de l'indemnité journalière assurée au sens de LAMal et préfèrent offrir une indemnité journalière au sens du droit des assurances privées.

Assureur

Les assureurs, qui appliquent l'assurance obligatoire de soins, sont également tenus d'offrir une assurance d'indemnités journalières. Ils doivent admettre, dans les limites de leur rayon d'activité territoriale, toute personne en droit de s'assurer.

Le droit aux indemnités journalières prend naissance lorsque l'assuré a une capacité de travail réduite au moins de moitié en raison de :

- Maladie
- Accident, si couvert par l'assurance
- Maternité

Clause de réserve

Les assureurs peuvent associer le versement d'indemnités journalières à une clause de réserve. Cela s'applique par exemple pour une maladie existant à la signature du contrat ou à une rechute. Une telle clause de réserve reste en vigueur pendant cinq ans. Les arrêts de travail causés par les maladies touchées par cette clause de réserve ne peuvent alors pas bénéficier du paiement d'indemnités journalières. Cette clause de réserve s'éteint après 5 ans et l'assuré peut à nouveau prétendre à des prestations d'assurance complètes.

Assurance collective

Les indemnités journalières peuvent être réglées par une assurance collective dotée de primes qui diffèrent de l'assurance individuelle et prise par :

- Un employeur pour ses salariés et pour lui-même
- Les organisations et associations patronales

Une personne quittant une entreprise ou une organisation ayant un contrat collectif avec une caisse a le droit de s'affilier à l'assurance individuelle.

Durée des prestations

Le droit aux indemnités journalières pour une ou plusieurs maladies s'étend sur 720 jours au sein de 900 jours consécutifs.

Délai d'attente

Le délai d'attente (période de carence) est le temps qui s'écoule entre le début de l'incapacité de travail et le paiement des indemnités journalières. Sauf convention contraire, les indemnités journalières sont versées dès le troisième jour de maladie. Les délais d'attente devraient en principe correspondre à l'obligation de maintien du salaire de l'employeur de sorte à économiser des primes.

Exemple d'obligation de maintien du salaire dans le canton de Berne :

Durée du rapport de travail	Paielement du salaire
De la fin de la période d'essai à 12 mois	3 semaines
1 à 2 ans	1 mois
3 à 4 ans	2 mois
5 à 9 ans	3 mois
10 à 14 ans	4 mois
15 à 19 ans	5 mois
20 à 25 ans	6 mois

Indemnités journalières réduites

En cas d'incapacité partielle de travail, des indemnités journalières réduites en conséquence sont versées.

Surassurance

La prestation d'assurance ne doit pas représenter un gain pour l'assuré. Un assuré en incapacité de travail ne doit donc pas bénéficier de prestations d'assurance supérieures au montant de son gain lorsqu'il était apte au travail.

En cas de réduction des prestations liée à une surassurance, l'assuré peut prétendre à 720 jours d'indemnités journalières pleines. Les prestations des autres assurances sociales sont prioritaires.

Indemnités journalières en cas de maternité

En cas de grossesse et d'accouchement, les indemnités journalières assurées sont versées si l'assurée bénéficiait d'une couverture d'assurance les 270 jours précédant l'accouchement.

Une indemnité journalière assurée doit être versée pendant 16 semaines, dont au moins 8 semaines après l'accouchement.

Elles ne peuvent être imputées sur la durée prévue et doivent être allouées même si cette durée est expirée.

Indemnités journalières en cas de chômage

Les personnes au chômage qui sont passagèrement, ni aptes à travailler, ni à être placées ou qui ne le sont que partiellement en raison d'une maladie, d'un accident, peuvent prétendre à des indemnités chômage jusqu'au 30e jour de l'incapacité de travail (ce droit se limite à 44 indemnités journalières durant le délai-cadre). L'assurance pour les indemnités journalières doit assurer le maintien du salaire à compter du 31ème jour.

Les assurés au chômage peuvent maintenir leurs indemnités journalières au-delà du 31ème jour en s'affiliant, moyennant une prime correspondante à une assurance et ce, sans que l'état de santé de l'assuré ne joue un rôle.

Exercice

Exercice 5.6.1

Recherchez des informations sur l'assurance indemnités journalières en cas de maladie auprès de trois assureurs différents (Internet, brochures). Étudiez cette documentation par groupes de 3/4. Comparez les différentes offres. Rédigez une liste en saisissant le montant de la prime, les prestations assurées et la meilleure solution d'assurance. Justifiez votre choix. Classez ces documents dans votre classeur.

Exercice 5.6.2

Exercice

a) Dans quels cas sont versées des indemnités journalières ?

b) Quelle est la durée des prestations de l'assurance indemnités journalières ?

c) Pourquoi la période de carence doit-elle correspondre à l'obligation du maintien de salaire de l'employeur ?

5.7. Assurance complémentaire au sens de la LCA

Les assureurs-maladie offrent également des assurances complémentaires facultatives qui garantissent des prestations bien au-delà de l'assurance de base. Par exemple :

- Libre choix de l'hôpital dans toute la Suisse (en division commune)
- Prise en charge des coûts pour les divisions privées et semi-privées
- Prestations supérieures à l'assurance de base pour des moyens auxiliaires tels les lunettes, les lentilles de contact, les semelles orthopédiques
- Médicaments hors liste
- Soins dentaires et orthodontie
- Traitements de médecines alternatives par des thérapeutes non médecins
- Assurance indemnités journalières LCA

Citez quelques exemples :

Les primes de ces assurances complémentaires varient d'une part en fonction des assureurs, et d'autre part en fonction de l'âge, du sexe et de la région du domicile de l'assuré. Les assureurs peuvent émettre des clauses de réserve et exclure des maladies dont le nouvel assuré/patient est atteint au moment de son affiliation. Le libre accès aux soins tel qu'il est prescrit dans l'assurance obligatoire n'est ici pas de mise. Il est par contre possible de négocier des remises lors de la signature de contrats collectifs et la quote-part pour des assurances hospitalières en division semi-privée ou privée.

Exercice 5.7.1

Comparez la LAMal et la LAA :

	LAMal	LAA
Couverture d'assurance : Qui est assuré ?		
Prestations : Sous quelles conditions ?		
Soins médicaux :		
Hospitalisation :		
Frais de transport :		
Frais de rapatriement :		
Indemnités journalières : Qui perçoit des indemnités journalières, et combien ?		
Primes : Qui doit payer les primes ?		
Participation aux coûts : À combien se monte la part légale du patient ?		

Exercice 5.7.2

Expliquez les termes suivants :

a) Franchise :

b) Prime :

c) Que signifie Tiers garant? (cochez la bonne réponse)

- ☐ Système de paiement où la caisse maladie est le débiteur des honoraires du médecin
- ☐ Système de paiement où le patient est le débiteur des honoraires du médecin
- ☐ La caisse maladie garantit la prise en charge de tous les coûts
- ☐ Modèle de médecin de famille qui garantit au patient une réduction de prime d'au moins 10 %

Exercice 5.7.3

Dans quels cas une assurance ne prélève-t-elle ni franchise, ni quote-part ?

- ☐ Pour les enfants
- ☐ Pour les familles d'au moins deux enfants
- ☐ Pour les femmes enceintes
- ☐ Pour les bénéficiaires d'une assurance complémentaire

Exercice 5.7.4

Quelle participation aux coûts doit verser Marco Kurath (1975), célibataire, hospitalisé pendant 8 jours pour une appendicectomie ? Énumérez toutes les possibilités.

Exercice 5.7.5

Comme la SWICA de Neuchâtel vous fait une offre intéressante, vous êtes décidée à changer de caisse maladie (assurance obligatoire des soins avec franchise ordinaire). Quelle est votre prochaine date de résiliation possible ? Cochez les réponses possibles.

- ☐ Je peux résilier mon contrat à tout moment avec un délai de résiliation d'un mois.
- ☐ Je résilie mon contrat au 30 juin avec un délai de résiliation d'un mois.
- ☐ Je résilie mon contrat au 31 décembre avec un délai de résiliation de trois mois.
- ☐ Je résilie mon contrat au 30 septembre avec un délai de résiliation de trois mois.
- ☐ Je résilie mon contrat au 30 juin avec un délai de résiliation de trois mois.

5.8. Voies de recours

Produits LAMal :

Les prestations sont généralement octroyées ou refusées de manière informelle par écrit. Si l'assuré n'est pas d'accord, il peut demander une décision opposable à l'assureur. L'assuré peut faire opposition auprès de l'organe émetteur dans les 30 jours suivant sa notification. En cas de refus, un recours peut être déposé dans les 30 jours au Tribunal cantonal des assurances sociales. En dernier recours, il est encore possible de saisir dans les 30 jours le Tribunal fédéral avec un recours de droit administratif. Toute la procédure est gratuite.

Produits LCA :

En cas de désaccord, il est possible de porter plainte devant la Cour civile du Tribunal cantonal compétent.

5.9. Le patient privé

En raison de l'absence de tout contrat entre les caisses maladie et les assurances-maladie des différents pays, tous les étrangers séjournant dans des lieux de cure ou de vacances sont des patients privés.

L'hôte étranger peut obtenir le remboursement des frais engagés, en transmettant à sa caisse maladie une facture détaillée et acquittée sur laquelle figure le diagnostic (cf. Opérations de paiement du cabinet médical, chapitre 9).

Les dispositions pour les citoyens de l'UE et Suisse, dans les pays de l'UE et en Suisse sont ici applicables.

Certaines caisses maladie ont conclu des contrats de prestations avec des cliniques spécialisées étrangères proches de la frontière. Si de tels contrats ont été conclus, les caisses maladie effectuent directement le traitement des factures avec les hôpitaux concernés. Il est donc conseillé de s'informer auprès de sa caisse d'assurance-maladie avant de prévoir un séjour dans un hôpital étranger.

Exercice 5.9.1

Exercice

Assurance-accidents/Caisse maladie/Assurance-invalidité/Assurance militaire

Veuillez cocher : S'agit-il d'un accident ou d'une maladie ? Qui paie les soins : la caisse maladie ? L'assurance-accidents ? L'assurance-invalidité ? L'assurance militaire ? Le patient doit-il participer aux coûts ?

Situation	Maladie	Accident	Assurance militaire	AI	LAMal	LAA	Nom de l'assurance accident / Remarques	Participation aux coûts : Oui/Non
Peter Müggler, boucher, s'est coupé le doigt durant son travail								
Madame Bünzli (1928) s'est fracturée la main droite en glissant sur un trottoir verglacé								
Un apprenti cuisinier s'est cassé le nez lors d'un match de hockey								
Douleurs dorsales après avoir soulevé un seau (employé d'une entreprise de bâtiment)								
Chute de l'échelle alors qu'elle nettoyait les vitres (Madame Neff, mère au foyer)								
Monsieur Muff, concierge d'école, a reçu un corps étranger dans l'œil droit								
Infection grippale chez un salarié d'usine (8 heures/semaine)								
Crise de goutte après une station debout et une marche prolongées (conducteur)								
Plaies à la tête d'une élève de 5e après une chute dans la cage d'escalier de l'école								
Douleurs aux genoux après une longue station agenouillée (carreleur)								
Josiane, 6 ans, a fait une chute de ski → Fracture du fémur								
Chute à vélo lors du trajet travail/ domicile d'une femme de ménage (12 heures / semaine)								
Accident de voiture de votre collègue sur l'A1 (elle est AM chez le Dr Mabuse à Nyon.)								

Situation	Maladie	Accident	Assurance militaire	AI	LAMal	LAA	Nom de l'assurance accident / Remarques	Participation aux coûts : Oui/Non
Monsieur Meier a souffert d'une sinusite lors de son cours de répétition. Elle a été diagnostiquée à cette occasion et est maintenant traitée par son médecin de famille.							_____	_____
Monsieur Untersander, 66 ans, vient au cabinet médical avec une plaie sur la partie inférieure de la jambe (ulcère).							_____	_____
Madame Weber, retraitée, s'est brûlée la main gauche en cuisinant.							_____	_____
Madame Breu, 28ème semaine de grossesse, a glissé en montant un escalier. Diverses contusions (travailleuse indépendante)							_____	_____
Blessure au ménisque du genou gauche du fils de 13 ans de vos voisins, au cours d'une sortie à ski.							_____	_____
Pierre Fortune, actuellement sans emploi, souffre d'une inflammation du coude après une piqûre d'insecte.							_____	_____
Lors de son service de protection civile, Thérèse Raquin, s'est blessée au coude gauche.							_____	_____
Marc Granson, éleveur, s'est fait renverser par une vache et gît maintenant inconscient.							_____	_____
Votre patron a marché hier sur un clou rouillé.							_____	_____
La femme de ménage de la boulangerie Paillasse est en traitement pour un asthme allergique.							_____	_____
La fille de 5 ans de votre voisine est traitée depuis sa naissance pour une malformation cardiaque.							_____	_____
Karine, la fille d'une de vos collègues, est constamment suivie par un médecin (Trisomie 21)							_____	_____

6 Sécurité sociale entre la Suisse et l'UE

En été 1999, l'Union européenne et la Suisse ont signé sept accords bilatéraux, parmi lesquels l'Accord sur la libre circulation des personnes (en vigueur depuis le 01.06.2002).

L'Accord sur la libre circulation des personnes prévoit que les citoyens et citoyennes de Suisse et de l'UE disposent des mêmes conditions de vie, d'emploi et de travail en Suisse et dans les pays de l'UE.

Les citoyens de l'UE, qui séjournent en Suisse, ne se voient pas discriminés en application du principe d'égalité de traitement.

Ils bénéficient des droits suivants :

- Mobilité géographique et professionnelle
- Système coordonné de sécurité sociale
- Mêmes conditions de travail
- Mêmes prestations sociales

L'Accord sur la libre circulation des personnes concerne l'ensemble des citoyens des États membres de l'UE, des pays membres de l'AELE et de la Suisse. L'accord s'applique à toutes les assurances sociales, à deux exceptions près : AM et PC

6.1. Les quatre principes de l'Accord de libre circulation des personnes

1) Principe de la soumission à la législation du lieu de travail ou à celui du pays dans lequel le travail s'effectue

Quiconque travaille dans deux ou plusieurs États signataires de l'accord n'est soumis à l'obligation de s'assurer que dans un seul de ces pays. En cas d'un travail salarié, c'est le principe du lieu de travail qui s'applique au sens du droit de l'UE. Cela signifie que l'assuré travaillant dans l'UE et sa famille sont soumis à la législation du pays où le salarié exerce son activité lucrative. Il existe toutefois quelques exceptions.

Le tableau suivant donne quelques exemples qui illustrent ce principe.

Lieu de travail	Lieu de domicile	Législation applicable
CH	D	CH
CH et D	D	D
CH, D, et F	CH	CH
D et F	CH	CH

2) Principe d'égalité de traitement (interdiction de discrimination)

L'UE sanctionne toute discrimination directe ou indirecte d'un citoyen d'un de ses États membres.

3) Principe de totalisation et de proratisation

L'Accord sur la libre circulation des personnes prévoit une procédure spéciale pour le calcul des rentes. La totalisation des périodes de cotisation dans chaque pays permet de calculer une rente qui sera ensuite versée au prorata des durées réalisées dans chaque pays. Cette méthode de calcul permet d'éviter les lacunes de parcours lors de changements de pays de travail (lieu de travail).

4) Principe de l'exportation des prestations

Les parties contractantes garantissent la prise en charge des prestations sociales pour les personnes domiciliées sur leur territoire. Le principe de l'exportabilité de prestations sociales suisses dans un État de l'UE ou inversement est une condition sine qua non pour la mise en pratique de la libre circulation des personnes. Il doit permettre le retour à leur pays d'origine aux travailleurs expatriés et faciliter l'établissement des citoyens dans les États signataires. Le principe de l'exportabilité ne concerne que les prestations en

espèces. Les prestations de l'aide sociale ainsi que les prestations en nature ne sont pas incluses dans l'exportabilité de prestations. Cf. également les «accords d'entraide internationaux» au chapitre 5.4.

Exercice 6.1.1

Exercice

Vous partez travailler deux ans à Majorque dans un hôtel. Répondez aux questions suivantes :

a) Devez-vous être annoncée auprès l'assurance sociale étatique de Majorque ?

☐ oui ☐ non

b) La période de cotisation effectuée là-bas sera-t-elle prise en compte pour le calcul de votre retraite ?

☐ oui ☐ non

c) Votre retraite sera-t-elle réduite en raison d'une lacune de cotisation ?

☐ oui ☐ non

d) Que devez-vous faire si, au lieu d'aller à Majorque, vous partez travailler deux ans en Chine ?

Sommaire Conventions tarifaires et tarifs médicaux - TARMED

7	Conventions tarifaires et tarifs médicaux	131
7.1.	Principe	131
7.2.	Prestations ambulatoires	131
	Tarif au temps consacré	131
	Tarif à la prestation	132
	Tarif forfaitaire	132
7.3.	Prestations stationnaires	132
	SwissDRG	132
	Autres tarifs	132
8	TARMED	133
8.1.	Généralités	133
8.2.	Bases légales	134
8.3.	Bases contractuelles	134
8.4.	TARMED Suisse	135
	Organisation et commissions	135
8.5.	Forum Échange de données	137
	Organisation et objectif	137
	Codes tarifaires/Numéros tarifaires	137
	Formulaire de facturation	138
8.6.	Le tarif	140
	Généralités	140
	Structure du TARMED Browser	141
	Structure des différentes positions tarifaires	144
	Types de prestations	147
	Valeurs intrinsèques et acquis	148
	Unités fonctionnelles	149
	Classes de risque d'anesthésie	150
	Séance	150
	Prestations fournies par le personnel non médical	151
	Prestation exclusive	152
	Matériel à usage courant	152
	Facturation par analogie	152
	Systématique de l'application du règlement	153
	Suppléments pour les prestations des médecins de famille	154

8.7. Valeurs du point tarifaire	156
8.8. Tarification	157
Des points tarifaires aux francs	157
Splitting tarifaire	157
8.9. Facturation	157
Structure de facturation	157
Facturation électronique	159
Trustcenter	160
Possibilités de facturation du médecin	160
8.10. Application du tarif	162
Consultation	162
Suppléments pour les prestations des médecins de famille	163
Consultation téléphonique	164
Visite à domicile	165
Indemnités de déplacement	166
Prestations médicales en l'absence du patient	167
Consilium/Conseils collégiaux	168
Suppléments d'âge	169
Prélèvement sanguin	170
Rapports	170
Suppléments en cas d'urgence	172
Radiologie	175
Examen par un spécialiste	177
8.11. Codes de diagnostic	178
8.12. Cas	181
8.13. Forfaits Tarmed – Tarif 002	186
8.14. Indemnisation des frais de cabinet (IFC)	187
Prestations ambulatoires	187
Prestations stationnaires	187
8.15. Glossaire	188
Feuille réponse TARMED pour les exercices du cours	191

7 Conventions et tarifs

7.1. Principe

Des conventions tarifaires sont nécessaires pour que les médecins/hôpitaux puissent facturer les prestations fournies aux assurances. Les conventions tarifaires sont conclues entre les fournisseurs de prestations et les assurances ou entre des communautés de négociation de ces deux parties. Les conventions régissent les tarifs/prix auxquels les prestations fournies peuvent être facturées.

Une fois négocié, ce tarif, resp. cette convention tarifaire doit être approuvé par les gouvernements cantonaux (conventions en vigueur au niveau cantonal) ou le Conseil fédéral (conventions en vigueur dans toute la Suisse). Le tarif doit être conforme à la législation ainsi qu'aux préceptes de l'économie et de l'équité. Si les fournisseurs de prestations et les assureurs ne parviennent pas à s'entendre sur une convention, c'est l'autorité de tutelle compétente qui fixe le tarif (gouvernement cantonal ou Conseil fédéral) après avoir consulté les intéressés.

7.2. Prestations ambulatoires

Dans le domaine ambulatoire, il existe les trois modèles de tarifs suivants :

- un tarif au temps consacré
- un tarif à la prestation
- un tarif forfaitaire

Tarif au temps consacré

Pour le tarif au temps consacré, le montant de la facture dépend du temps consacré au traitement. Le tarif se divise en unités de temps. Un montant fixe peut être facturé par unité de temps.

Exemple : La Spitex peut facturer ses prestations en se basant sur un tarif horaire. Une unité de temps dure 5 minutes (=1/12 du tarif horaire), sachant qu'il est possible de facturer au min. 10 minutes par intervention. Si une intervention dure 20 minutes, il est donc possible de facturer 4/12 du tarif horaire.

Tarif à la prestation

Ce tarif est très détaillé. Il comprend chaque prestation fournie et fixe la valeur de chacune de ces prestations. La valeur d'une prestation est exprimée en points tarifaires. Pour la conversion en francs, on applique la valeur du point tarifaire (montant en francs par point tarifaire). Cette valeur doit la plupart du temps être négociée dans des conventions tarifaires.

Nombre de points tarifaires (PT) × valeur du point tarifaire (VPT) = montant de la prestation en francs à facturer

Le système du TARMED (tarif ambulatoire pour les médecins et les hôpitaux) et la liste des analyses (tarif de laboratoire) sont des exemples de tarifs à la prestation.

Tarif forfaitaire

Par tarif forfaitaire, on entend le décompte d'une prestation à un prix fixe, indépendamment de la durée et de la charge de travail pour le traitement. Les tarifs forfaitaires peuvent être des forfaits par patient (p. ex. forfait par cas) ou des forfaits par assuré, indépendamment du traitement. Les tarifs forfaitaires sont aujourd'hui appliqués entre autre dans l'ophtalmologie (p. ex. forfait pour opérations de la cataracte) ou dans le domaine des prestations stationnaires dans les divisions communes (SwissDRG).

7.3. Prestations stationnaires

SwissDRG

Le tarif SwissDRG (Swiss Diagnosis Related Group) s'applique dans toute la Suisse depuis le 1.1.2012 dans le domaine des soins aigus. Dans le système de forfait par cas SwissDRG, chaque séjour à l'hôpital est affecté à un groupe de cas et rémunéré de façon forfaitaire selon des critères précis comme le diagnostic principal, les diagnostics annexes, les traitements, la gravité et d'autres facteurs.

Autres tarifs

Les traitements stationnaires dans les domaines de la psychiatrie et de la réadaptation ne sont pas rémunérés selon le SwissDRG mais selon des tarifs résultant des conventions individuelles conclues entre les fournisseurs de prestations et les assureurs. Dans la plupart des cas, ces conventions prévoient des forfaits journaliers.

8.1. Généralités

Le TARMED est le tarif à la prestation qui s'applique dans toute la Suisse depuis le 1.1.2004, indépendamment du prestataire de service, pour les prestations médicales ambulatoires dans des cabinets médicaux et à l'hôpital.

Avant cette date, les prestations des médecins libéraux étaient facturées selon le tarif cantonal pour les médecins (un tarif différent par canton) et les prestations ambulatoires hospitalières selon le catalogue des prestations hospitalières en vigueur dans toute la Suisse.

Le TARMED remplace les tarifs cantonaux pour les médecins ainsi que le catalogue des prestations hospitalières et simplifie donc la facturation. Cette nouvelle structure tarifaire unique pour toute la Suisse permet une meilleure transparence et autorise des analyses et comparaisons des coûts.

Pas facturé avec le TARMED mais figurant éventuellement sur la facture conjointement avec le TARMED :

- Liste des analyses (LA)



www.bag.admin.ch/al

- Médicaments (LS)



www.sl.bag.admin.ch

- Moyens et appareils (LiMA)



www.bag.admin.ch/migel

- Prestations thérapeutiques comme la physiothérapie, l'ergothérapie, les conseils diététiques, etc.

8.2. Bases légales

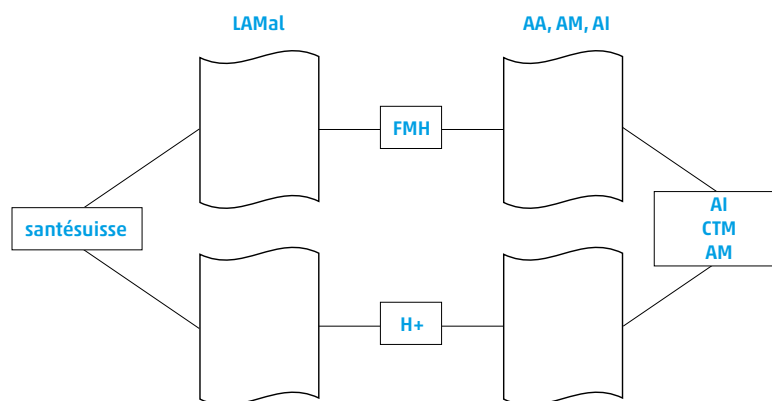
Les bases légales sont fixées dans les lois respectives sur les assurances.
Toutes les prestations fournies doivent être efficaces, appropriées et économiques (EAE).

8.3. Bases contractuelles

Des contrats-cadres ont été conclus pour le lancement et l'application du TARMED et pour le traitement uniforme des prestations à payer. Il existe quatre contrats de ce type - deux dans le domaine LAMal et deux dans le domaine AA/AM/AI.

Dans le domaine LAMal, les deux contrats ont été conclus entre l'organisation faîtière des assureurs santé santésuisse et la FMH, resp. H+.

Dans le domaine AA, AM, AI, des contrats ont été conclus entre l'assurance-invalidité (AI), la commission des tarifs médicaux LAA (CTM) et l'assurance-militaire (AM) d'une part et la FMH, resp. H+ d'autre part.



Les contrats-cadres et leurs annexes comprennent entre autres des conventions sur

- le transfert électronique des données
- un formulaire de facturation unique
- la neutralité des coûts
- les diagnostics/codes diagnostiques
- Commission paritaire d'interprétation (CPI)
- Commission paritaire de confiance (CPC)
- Exigence de qualité
- Concept des valeurs intrinsèques

En plus des contrats-cadres, il existe des contrats d'affiliation cantonaux entre les associations cantonales de la FMH, resp. H+ et santésuisse **dans le secteur des assurances hospitalières**. Ces contrats fixent les détails du déroulement d'opérations comme p. ex. le mode de paiement et les valeurs des points tarifaires.

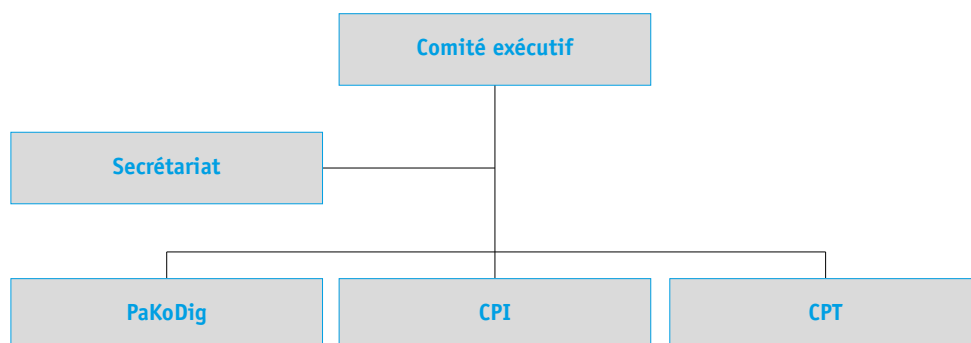
8.4. TARMED Suisse

Organisation et commissions

TARMED Suisse est une société simple dont le siège se situe à Berne, composée des H+ et FMH d'une part et des CTM/AM/AI d'autre part. Elle est destinée à gérer et à développer la structure tarifaire du TARMED. Les tâches suivantes lui incombent :

- Suivi permanent et développement de la structure tarifaire
- Ajustement des positions de prestations existantes
- Prise en compte de nouvelles positions de prestations
- Révision et amélioration constante des bases de décompte
- Se procurer les données statistiques nécessaires pour la gestion du tarif
- Coordination des échanges d'informations
- Prise de décision concernant des demandes adressées à TARMED Suisse dans le cadre de la neutralité des coûts dans le secteur de la LAMaL.

Organisation TARMED Suisse (à titre d'information) :



Les commissions (PaKoDig, CPI, CPT) se composent respectivement de deux à trois représentants des fournisseurs de prestations (H+ et FMH) et des services payeurs (santésuisse et CTM/AM/AI). Mais seuls deux membres ont le droit de vote par commission. Une troisième personne au sein de la commission joue uniquement le rôle d'assesseur. En outre, 2 personnes de la Conférence des directeurs cantonaux de la santé (CDS) sont également représentées. Ces dernières n'ont qu'un statut d'observateurs.

Comité exécutif

Le comité exécutif est responsable de la gestion stratégique de TARMED Suisse. Il décide de l'ensemble des demandes des organisations-partenaires. Les décisions du comité exécutif sont prises à l'unanimité.

Les autres tâches incombant au comité exécutif sont p. ex.

- de rédiger un règlement pour le secrétariat afin de fixer les tâches et compétences du secrétariat
- de prendre des décisions concernant la reconnaissance des unités fonctionnelles
- d'approuver le budget annuel

Secrétariat

Parmi les tâches incombant au secrétariat figurent entre autre

- la publication de décisions CPI
- la gestion du secrétariat
- la rédaction de procès-verbaux lors de réunions PaKoDig
- la facturation pour les demandes transmises par la CPI
- diverses tâches de communication comme p. ex. la newsletter, le site Internet

Commission de contrôle paritaire de la banque de données des valeurs intrinsèques (PaKoDig)

La PaKoDig est chargée du contrôle de la banque de données des valeurs intrinsèques et de la reconnaissance des unités fonctionnelles. Elle affecte entre autres les différentes valeurs intrinsèques aux numéros GLN des médecins habilités. Elle fixe également les exigences à remplir par un bloc opératoire en matière d'infrastructure et de personnel pour qu'il puisse être pris en compte pour la prestation correspondante.

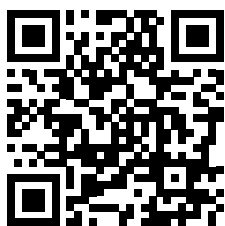
Commission paritaire d'interprétation (CPI)

Si les fournisseurs de prestations et assureurs ne sont pas du même avis, la CPI du TARMED interprète leurs positions. Elle n'a pas le droit de modifier le tarif ou sa structure. Si la CPI conclut qu'une modification est nécessaire, elle transmet le dossier correspondant à la CPT. Sur le site Internet de TARMED Suisse, vous trouverez un aperçu de toutes les décisions de la CPI.

En principe, tous les fournisseurs de prestations et assureurs peuvent s'adresser à la CIP. Afin d'éviter que les mêmes demandes soient déposées plusieurs fois, il est recommandé d'envoyer les demandes via une organisation faîtière (FMH, H+, etc.). Ces organisations se chargent de remplir le formulaire de demande ou apportent leur concours pour le remplir.

Commission paritaire tarifaire (CPT)

L'objectif de la CPT consiste à évaluer toutes les modifications touchant à la structure des tarifs de TARMED. Elle contrôle les éventuelles demandes de modification des partenaires et prend une décision provisoire servant de base au comité exécutif pour prendre une décision formelle.



8.5. Forum Échange de données

Organisation et objectif

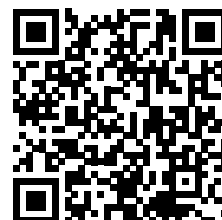
Le Forum Échange de données est un groupement de représentants des fournisseurs de prestations et des prestataires de service. Il vise à harmoniser les standards des échanges électroniques de données au sein du système de santé suisse entre les fournisseurs de prestations et les services payeurs. L'objectif consiste à fixer des principes pour les standards de transmission, les données de base de référence ainsi que les critères en matière de sécurité.

Codes tarifaires/Numéros tarifaires

Le Forum Échange de données octroie des numéros tarifaires pour les différents tarifs ou groupes de prestations. Ils sont surtout importants pour les factures électroniques. Ci-après, vous trouverez un extrait des principaux codes tarifaires.

Code tarifaire	Désignation du tarif
001	TARMED
002	Forfaits Tarmed
317	Liste fédérale des analyses
400	Catalogue des médicaments Pharmacode
402	Catalogue de médicaments EAN
410	Liste des médicaments avec tarif (LMT)
452	LiMA Liste des moyens et appareils
940	Tarif hospitalier pour d'autres prestations
999	Prestations qui ne sont contenues dans aucun des tarifs cités

Vous pourrez consulter une liste complète de tous les codes sur le site Internet du Forum Échange de données.



En général, les logiciels des cabinets médicaux sont programmés de sorte que les prestations se voient affecter automatiquement le code tarifaire correct. Sur la facture, les codes tarifaires sont listés dans la colonne «Tarif».

Datum	Tarif	Tariffziffer	Bezugsziffer	St	St	Anzahl	TP AL/Preis	f AL	TPW AL	TP TL	f TL	TPW TL	A	V	P	M	Betrag
* 21.08.2014	001	00.0140		1		1,00	9.57	1,00	0.82	8.19	1,00	0.82	1	1	0	0	14.57
* 21.08.2014	001	00.1570		2		8,00	11.48	1,00	0.82	9.34	1,00	0.82	1	1	0	0	136.58
* 21.08.2014	001	04.0100		2		1,00	9.57	1,00	0.82	51.74	1,00	0.82	1	1	0	0	50.28
* 21.08.2014	001	04.0125		2		1,00	19.13	1,00	0.82	20.70	1,00	0.82	1	1	0	0	32.66
* 21.08.2014	001	04.0076	04.0125	2		1,00	9.57	1,00	0.82	20.70	1,00	0.82	1	1	0	0	24.82
* 21.08.2014	001	15.0285		2		1,00	19.76	1,00	0.82	39.67	1,00	0.82	1	1	0	0	48.73
* 18.09.2014	001	00.1570		2		5,00	11.48	1,00	0.82	9.34	1,00	0.82	1	1	0	0	85.36
* 18.09.2014	001	04.0125		2		1,00	19.13	1,00	0.82	20.70	1,00	0.82	1	1	0	0	32.66
* 18.09.2014	001	04.0076	04.0125	2		1,00	9.57	1,00	0.82	20.70	1,00	0.82	1	1	0	0	24.82
* 19.09.2014	001	00.2285		2		1,00	21.04	1,00	0.82	18.03	1,00	0.82	1	1	0	0	32.03
* 19.09.2014	001	00.2295	00.2285	2		1,00	17.22	1,00	0.82	14.75	1,00	0.82	1	1	0	0	26.22
* 18.09.2014	400	3722320		2		1,00	24.95		1,00						0	0	24.95

Les assureurs utilisent souvent des codes tarifaires dans les règlements pour la vérification électronique des factures. Le personnel médical, qui travaille dans le domaine de la facturation, devrait connaître le code tarifaire ou le numéro de tarif. Les rejets avec les énoncés suivants ou similaires ne sont pas rares (uniquement à titre d'exemples):

«Le tarif 400 nécessite la saisie d'un Pharmacode»
«La valeur de point tarifaire pour le tarif 001 est de -.82»
«Tarif 452 : Montant maximal dépassé»

Formulaire de facturation

Pour le décompte des prestations du TARMED, il faut obligatoirement utiliser le «formulaire de facturation uniforme» prévu à cet effet. Le Forum Échange de données a autorisé pour cela un formulaire pour les médecins et un pour les hôpitaux. Entre-temps, il existe plusieurs versions de ces formulaires, qui peuvent être téléchargées sur le site Internet du Forum Échange de données. Des modifications ont été apportées à chaque nouvelle publication de ces formulaires. Les fournisseurs de prestations peuvent choisir eux-mêmes la version avec laquelle ils facturent les prestations.

Nous présentons ici comment il faut lire un tel formulaire de facturation.

La façon de lire une facture TARMED:

Facture TP

Release • 4.0

M

Document	• 101 7333.0 24.02.2004 14:11:00.00			Page	• 01													
1 Auteur facture	N° EAN	• 7601000133333	Dr. med. Hans Muster	4055 Basel														
	N° RCC	• L555555	Tel: 061 111 11 11	Fax: 061 111 11 11	E-mail:													
2 Four. de prestations	N° EAN	• 7601000133333	Dr. med. Hans Muster	4055 Basel														
	N° RCC/No NIF	• L555555	Tel: 061 111 11 11	Fax: 061 111 11 11	E-mail:													
3 Patient	Nom	• Muster	No EAN •															
	Prénom	• Peter																
	Rue	• Mustergasse 1																
	NPA	• 4099																
	Localité	• Basel	4 HMO Gesundheitsplan															
	Date de naissance	• 10.10.1942	Kirschgartenstr. 7															
	Sexe	• M	4051 Basel															
	Date cas	•																
	N° cas/décision	•																
	N° AVS	•																
	N° assuré	• 100.100.000.																
	N°/Nom entreprise	•																
	Canton	• BS																
	Copie de facture	• Non																
	Type de remb.	• TP																
	Loi	• LAA																
	Motif traitement	• Accident																
	Traitement	• 22.01.2004	5 N° facture • 7333															
	Lieu fourm. prest.	• Cabinet médical	Date facture/rappel • 24.02.2004															
Mandataire	N° EAN / N° RCC	• 6																
Diagnostic	• N9 7																	
Liste EAN	• 1/7601000128584																	
Commentaire	HMO ÖKK																	
Date 8	Tarif 9	Code	Code réf.	Sé	Cô	Quantité	Pt PM/Prix	f PM	Vpt PM	Pt PT	fPT	Vpt PT	E	R	P	T	Montant	
• 22.01.2004	001	00.0010		1		1	10	9.57	0.93	12	13	14	15	16				16.52
		+ Consultation, première période de 5 min (consultation de base)																
• 22.01.2004	001	00.0020	00.0010	1		1		9.57	0.93	8.19		0.93	1	1	0	3		16.52
		+ Consultation, par période de 5 min en plus (supplément de consultation)																
• 22.01.2004	001	00.0030	00.0010	1		1		4.78	0.93	4.10		0.93	1	1	0	3		8.26
		+ Consultation, dernière période de 5 min (supplément de consultation)																

- 1 Médecin qui établit la facture
- 2 Médecin qui fournit la prestation (le plus souvent identique à 1)
- 3 Données personnelles du patient
- 4 Adresse du destinataire de la facture
- 5 Numéro de la facture et date de la facture
- 6 Médecin, le cas échéant, qui a demandé le traitement
- 7 Code du diagnostic selon la liste des diagnostics
- 8 Dates des traitements
- 9 Numéro du tarif appliqué (par ex.: 001 = Tarmed, 316 = liste des analyses de laboratoire)
- 10 Quantités facturées par position de tarifs
- 11 Valeur du point de la prestation médicale. Par ex.: « Consultation, premières 5 minutes », vaut 9,57 points
- 12 Valeur du point de la prestation médicale (actuellement la valeur est de CHF 0,93)
- 13 Valeur du point de la prestation technique
- 14 Nombre de points de la prestation technique
- 15 Code de la prestation prise en charge (0 = prestation prise en charge selon la LAMal, 1 = prestation non prise en charge)
- 16 Le montant en CHF des diverses positions du tarif se calcule de la manière suivante: (valeur du point de la prestation médicale x nombre de points de la prestation méd.) + (valeur du point de la prestation technique x nombre de points de la prestation technique).
- 17 Totaux partiels des divers domaines en CHF
- 18 Montant total de la facture en CHF

17	TARMED PM	22.25	(23.92)	Physio	0.00	LIMA	0.00	Autres	0.00
	TARMED PT	19.05	(20.48)	Laboratoire	0.00	Médic.	0.00	Cantonal	
18	• Montant total	CHF	41.30	dont pr.obl.	41.30	Acompte	0.00	Montant dû	41.30

0100000041302>813253000000000075000073337+ 012000159>

8.6. Le tarif

Généralités

Le système TARMED comprend toutes les prestations médicales usuelles, soit actuellement environ 4.600 positions. La valeur de toutes les prestations sont exprimées en points tarifaires.

Le TARMED Browser sert d'ouvrage de référence. Ce dernier peut être téléchargé sous www.santesuisse.ch.



Le tarif est représenté dans des versions contenant respectivement des ajustements actualisés suite à de nouvelles conditions cadres ou de nouvelles lois. Sous www.tarmedsuisse.ch, vous trouverez toutes les versions du TARMED Browser et leur période de validité. En est exclue la version actuelle 1.08.01, valable à compter du 1.10.2014.

Il faut tenir compte du fait que, pour des raisons de coûts, tous les partenaires ont décidé de ne publier qu'une seule nouvelle version du TARMED par an. Tout ce qui change/est décidé entre les différentes versions, est fixé dans les décisions de la CPI.

Introduction

Assistance technique pour l'utilisation du TARMED Browser

Cette partie contient des renseignements concernant le logiciel nécessaire et décrit les champs de navigation ou le registre du Browser. De plus, vous y trouverez des conseils et astuces pour la recherche, la création de favoris et d'autres fonctions du Browser.

Abréviations/Acronymes dans le TARMED

Ici, vous trouverez la signification des abréviations utilisées dans le tarif.

Interprétations générales

Les interprétations générales (IG) sont des interprétations valables pour la totalité du tarif. Vous trouverez des informations détaillées dans le TARMED Browser.

Chapitres

Le TARMED contient actuellement 37 chapitres. Un chapitre résume toutes les prestations d'un secteur précis : Le chapitre 00 comprend les prestations de base et les chapitres 01 à 39 les prestations spécifiques. La plupart des chapitres sont en outre divisés en sous-chapitres qui permettent de procéder à un classement supplémentaire des prestations.

Ces derniers visent surtout à obtenir une plus grande clarté du tarif : Les chapitres et sous-chapitres contiennent des règles de décompte et d'interprétation valables pour toutes les positions tarifaires citées dans le chapitre/sous-chapitre respectif mais qui n'ont pas besoin d'être citées pour chacune des positions.

Les interdictions de cumul («non cumulable avec», «cumulable uniquement avec», etc.) restent également mieux ordonnées grâce aux chapitres et sous-chapitres. Afin de ne pas avoir à citer chaque chiffre tarifaire, il est possible de fixer des interdictions de cumul au niveau des chapitres ou des sous-chapitres.

En outre, les chapitres et leurs sous-chapitres aident à chercher une prestation ou un chiffre tarifaire précis. Quand on sait à quelle spécialité appartient une prestation, la recherche du numéro tarifaire afférent peut être limitée au chapitre correspondant. C'est très utile pour la version offline du TARMED Browser car la fonction de recherche affiche alors des résultats correspondant exactement au terme de recherche saisi. Des parties de mots concordants ne sont pas affichées dans les résultats de recherche. Pour la recherche «Mammaire», le chiffre tarifaire 39.1830 ne s'affiche pas car le terme de «Mammaire» n'y figure pas en tant que tel (uniquement opération mammaire).

Si on ne connaît pas l'énoncé exact d'une prestation, la fonction de recherche est souvent inutile et il faut procéder à une recherche «manuelle» dans les chapitres.

Structure des différents tarifs

Numérotation des prestations du TARMED

Les positions tarifaires du TARMED se composent de six chiffres, sachant que les deux premiers sont séparés par un point des chiffres suivants. Ils représentent le chapitre dans lequel se trouve la position tarifaire.

Exemples : La position 00.0010 «Consultation, 5 premières minutes» se trouve dans le chapitre 00 «Prestations de base», 04.0950 «Extraction d'un ongle» dans le chapitre 04 «Peau, tissus mous»

Quelles sont les informations qui figurent dans la position tarifaire du TARMED Browser?

Les exigences, permettant de procéder à une facturation, sont citées en détail dans le TARMED. Afin de pouvoir lire ces informations dans le tarif, il faut connaître la signification des champs dans le Browser. Ci-après, vous trouverez l'explication pour les différentes informations pour la position tarifaire 06.0010 :

06.0010

Réduction fermée de luxations ou fractures-luxations, région occipito-cervicale

Valeur de la position

Valeur intrinsèque quant.	Valeur intrinsèque qual.	Unité fonctionnelle	Classe de risque anesthésie
PM:10	0100 : Chirurgie	Salle de pâtre	2
-	0600 : Neurochirurgie	-	-
-	0900 : Chirurgie orthopédique	-	-

PM (assistance compris) [PT]	Assistance	Nombre d'assistances	Prestation au sens restreint [min.]	Préparation et finition [min.]	Rapport
277.09	0.00	0.00	45.00	4.00	5.00

PT [PT]	Occupation du local [min.]	Changement [min.]	+/- PM	+/- PT	Type de prestation
198.11	52.00	10.00	0.00	0.00	Prestation principale

Total PM : 54 minute(s)

Règles

Non cumulable avec

- 06.1310 Spontylolèse postérieure, région occipito-cervicale et cervicale supérieure (occipitale jusqu'à C2; mono- ou bisegmentaire), procédure orthopédique
- 06.1010 + Préparation spéciale (positionnement/extension) lors de vissage de l'odontolde dans le cadre d'une opération sur la colonne vertébrale

Groupe de prestations / Blocs de prestations

- 61 Positions pour lesquelles la majoration en % pour le traitement de fractures ouvertes et de luxations peut être portée en compte

Exercice

Exercice 8.6.2

Lisez la page du TARMED concernant la position tarifaire 06.0010.

Expliquez les différents champs

	Description	Explications
1	Version	Ici, vous trouverez la version dans laquelle les informations ont été saisies.
2	Numéro de la position / Texte de la position	Dans le TARMED, chaque prestation a un numéro de position et un titre où le contenu de la position est décrit de façon succincte.
3	Valeurs intrinsèques quantitatives	Les valeurs intrinsèques quantitatives représentent un paramètre d'évaluation pour le calcul différencié des prestations individuelles contenues dans le TARMED. Mais elles ne sont pas importantes pour le décompte pour les fournisseurs de prestations et les assureurs. De plus amples informations sous «Valeur intrinsèque quantitative».
4	Valeurs intrinsèques qualitatives	Les valeurs intrinsèques qualitatives indiquent les titres de formation continue (titre de spécialiste, certificats de capacité/d'aptitude technique) qui autorisent un fournisseur de prestations à facturer une prestation aux assurances sociales. De plus amples informations sous «Valeur intrinsèque qualitative».
5	Unités fonctionnelles	Par unité fonctionnelle, on entend les exigences en matière technique, de locaux et de personnel pour fournir la prestation respective.
6	Classe de risque anesthésique	Si une prestation justifie une anesthésie, vous trouverez ici la classe de risque maximale que vous pourrez facturer. De plus amples informations sous «Classe de risque anesthésique».
7	PM (y compris assistance)	Nombre de points tarifaires pour les prestations médicales. Le calcul s'effectue à partir de la somme de minutage de la prestation au sens restreint, préparation et finition et rapport multiplié par le ratio des coûts des valeurs intrinsèques quantitatives.
8	Assistance	Nombre de points tarifaires prévus pour l'assistance (honoraire d'assistance). Ces points tarifaires ne doivent pas être facturés en supplément. Ils sont déjà inclus dans la PM de la position respective. Ne valent pas comme assistance le personnel du cabinet ainsi que l'équipe chirurgicale. Cf. également les IG-35.
9	Dotation Assistance Nombre d'assistants	Correspond au nombre des assistants indemnisés. L'indemnisation s'effectue indépendamment du nombre des assistants qui sont effectivement intervenus (IG-35).
10	Prestation au sens restreint	Prestation au sens restreint : Durée moyenne pour l'exécution de la prestation (préparation/finition et rapport).
11	Préparation et finition	Durée nécessaire pour la préparation et finition d'un examen/ du traitement. Elle comprend par exemple les préparatifs du chirurgien (se laver les mains, s'habiller, etc.), les préparatifs pour le patient (y compris le marquage de l'endroit à opérer, la désinfection et l'installation du cautère, de l'optique et de l'aspirateur) ainsi que la préparation et finition pour l'anesthésie.
12	Rapport	Ce champ contient la durée moyenne nécessaire pour rédiger le rapport. Le temps nécessaire est déjà inclus dans la PM! Cf. ici aussi le «Rapports» et les IG-14.

	Description	Explications
13	PT	Nombre de points tarifaires pour les prestations techniques : Ils comprennent les frais de personnel, les frais d'exploitation, la ventilation des coûts et les frais d'amortissement des installations. Vous trouverez de plus amples détails dans les IG-42. Sont également déjà inclus dans le calcul l'occupation des locaux et les périodes d'alternance.
14	Occupation des locaux	Durée de l'occupation de l'infrastructure pour l'exécution des prestations pour le patient. La durée nécessaire est contenue dans les PT.
15	Alternance	Période nécessaire pour l'ajustement/la préparation de l'infrastructure entre deux patients. La durée nécessaire est par principe contenue dans les PT. Les exceptions sont citées dans les IG-37.
16	Interprétation	Ici figurent des explications/précisions concernant la prestation ainsi que des informations importantes pour le décompte. Dans la mesure où une décision CIP a été prise, elle est en général intégrée dans une version ultérieure du TARMED Browser.

Sous 16) **Interprétations** figurent en outre différents règlements et différentes limites :

Âge	Si une prestation n'est autorisée que pour une certaine tranche d'âge, on trouve ici l'âge et une limite de tolérance (plus/moins nombre de jours).
Quantité	Les limites de quantité peuvent être valables «par séance», «par jour», «par mois», «par an» ou «par cas», «par patient», «par côté», etc.
Côté	Si le terme «Côté» figure dans les interprétations, ce qui suit s'applique : Pour cette position, il faut toujours indiquer de quel côté la prestation a été fournie.
Loi	Dans le TARMED, il y a six différentes mentions concernant la loi, sachant que cinq d'entre elles concernent uniquement l'assurance-maladie : <ul style="list-style-type: none"> - Uniquement prestation de l'assurance-accident, invalidité ou militaire - OPAS : pas une prestation obligatoire - OPAS : Prestation obligatoire - OPAS : Prestations obligatoire dans certaines conditions - LAMal : pas une prestation obligatoire ou prestation obligatoire limitée - Uniquement prestation de l'assurance-maladie Là où l'OPAS (ordonnance sur les prestations de l'assurance de soins) ou la LAMal (loi fédérale sur l'assurance-maladie) sont citées, on trouve des informations détaillées dans l'ordonnance ou la loi correspondante.
Sexe	Dans la mesure où une prestation est réservée à un seul sexe, les dispositions correspondantes sont fixées ici.
Non cumulable avec Uniquement cumulable avec	La position indiquée ne doit pas ou pas seulement (en fonction de la formule employée dans le règlement) être facturée avec les chapitres, sous-chapitres, groupes de prestations, positions tarifaires etc. cités ici. Les règles de cumul d'une prestation principale s'appliquent également aux prestations supplémentaires.

Types de prestations

Prestations principales et prestations supplémentaires

Toutes les prestations citées dans le TARMED sont divisées en prestations principales et prestations supplémentaires. Les prestations principales peuvent être facturées seules. Les prestations supplémentaires ne peuvent être facturées qu'avec une prestation principale, sachant qu'on distingue en fonction de la prestation supplémentaire si cette dernière doit être affectée ou non. Cf. également les IG-6.

Qu'est-ce qu'on entend par «prestation de référence»?

La prestation de référence est la position du TARMED de la prestation (principale) à laquelle se réfère une prestation supplémentaire. Il faut obligatoirement indiquer la prestation de référence lors de la facturation des prestations supplémentaires. Elles sont citées dans la colonne «Chiffre de référence» directement après le «Chiffre tarifaire» :

Tarif	Code	Code réf.	Se	Co	Quantité	PL PM/Prix	f PM	VPL PM	PL PT	PT	VPL PT	E	R	P
9	00.0010		1		1	10	9.57	0.93	8.19		0.93	1	1	0
	+ Consultation, par période de 5 min en plus (supplément de consultation)													
001	00.0020	00.0010	1		1		9.57	0.93	8.19		0.93	1	1	0
	+ Consultation, dernière période de 5 min (supplément de consultation)													
001	00.0030	00.0010	1		1		4.78	0.93	4.10		0.93	1	1	0

Prestation de référence

Une prestation de référence est une prestation principale pour laquelle il faut obligatoirement indiquer une prestation de référence lors de la facturation. Les prestations d'anesthésie (28.0120ff) sont par exemple de telles prestations de référence. L'anesthésie est effectuée dans le cadre d'une opération et doit donc se référer à une prestation de ce type.

Composant de «Prestations générales de base»/Pro Memoria

Certaines prestations du TARMED ne contiennent pas de points tarifaires et le titre de la position contient la mention suivante : Composant de «prestations générales de base». Cela signifie qu'il n'y a pas eu de facturation de prestations pour ces interventions. Le temps nécessaire peut être facturé via les positions tarifaires de la consultation ou de la visite figurant au chapitre 00.01 «Prestation générale de base».

Vous trouverez ci-dessous quelques exemples de prestations de ce type :

00.0710	Ponction, veineuse, pour prélèvement sanguin, toutes les localisations
01.0030	Bandages confectionnés, non durcissants/Attelles confectionnées, catégorie I
04.1140	Rinçage de la plaie par un spécialiste
08.0810	Retirer des corps étrangers en cas de conjonctivite, sans incision, par œil
09.0920	Nettoyage du conduit auditif
20.0790	Retirer un cathéter de dialyse péritonéale/drain péritonéal

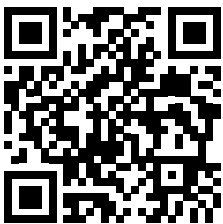
Valeurs intrinsèques et acquis

Contrairement aux anciens tarifs pour les prestations médicales ambulatoires fournies par des médecins et hôpitaux, le TARMED tient compte des formations et formations continues des médecins. Ainsi, tous les fournisseurs de prestations ne sont plus en droit de fournir la totalité des prestations. Ils doivent au contraire avoir suivi des formations et formations continues précises. En échange, les prestations exigeant une formation supplémentaire sont rémunérées à un taux plus élevé que les prestations autorisées pour tous les médecins.

Valeurs intrinsèques qualitatives

Les valeurs intrinsèques qualitatives reposent sur la réglementation de la formation postgraduée (RFP) de la FMH. Les valeurs intrinsèques qualitatives indiquent les titres de formation postgraduée – titres de spécialistes, points forts, certificat de capacité/d'aptitude technique selon le RFP – qui autorisent à facturer une prestation aux assurances sociales. Les valeurs intrinsèques qualitatives «tous» autorisent tous les médecins à facturer la prestation correspondante.

Lors de la remise des diplômes, tous les médecins se voient attribuer un GLN (Global Location Number) par l'OFSP. Pour les médecins titulaire d'un diplôme étranger, le GLN est attribué lors de la reconnaissance du diplôme. Le GLN sert à identifier clairement une personne médicale, ce qui est entre autre nécessaire pour la facturation électronique.



L'OFSP est tenu, lors de l'attribution du GLN, de saisir les formations du médecin dans le registre des professions médicales. La FMH y enregistre les formations postgraduées des médecins et les autorités cantonales enregistrent les autorisations de pratiquer. Ainsi, le registre des professions médicales est un ouvrage de référence fiable pour contrôler les valeurs intrinsèques qualitatives : www.medregom.admin.ch

La PaKoDig fournit également des renseignements sur les valeurs intrinsèques qualitatives. Pour toute question, veuillez contacter les interlocuteurs compétents de la FMH ou de H+.

Exercice

Exercice 8.6.3

Que signifient les abréviations citées? Recherchez sur Internet à quoi correspondent les codes ci-dessous.

EAN

GLN

RCC

Valeurs intrinsèques quantitatives

Les valeurs intrinsèques quantitatives sont divisées en niveaux de FMH 5 à FMH 12, qui reposent sur des taux horaires différents. Les valeurs intrinsèques quantitatives sont des paramètres servant uniquement au calcul.

Acquis

La garantie des acquis garantit que le médecin peut exercer son métier dans le cadre habituel des prestations comprises dans le TARMED : Le médecin peut continuer à facturer des prestations qu'il a fourni régulièrement et qualitativement avant l'entrée en vigueur de la structure du tarif du TARMED, même s'il ne possède pas de titre postgradué correspondant ou les valeurs intrinsèques qualitatives. Seuls les médecins, qui font valoir ce droit en l'espace de trois ans après l'entrée en vigueur du TARMED, peuvent profiter de ce règlement.

Unités fonctionnelles

Reconnaissance

Par unité fonctionnelle, on entend les exigences en matière technique, de locaux et de personnel pour fournir une prestation. Des critères de délimitation sont nécessaires pour certaines prestations car elle pourraient également être effectuées dans le cabinet dans des unités inférieures du TARMED. C'est pourquoi les unités suivantes ont besoin d'une reconnaissance :

1. Salle d'opération de cabinet médical, OP I, OP II et OP III
2. Soins intensifs
3. Intermediate Care (unité de surveillance continue)
4. Service des urgences reconnu
5. Prestations non-médicales en psychiatrie hospitalière (chap. 02.02)
6. Psychiatrie, prestations ambulatoires non-médicales (chap. 02.04)
7. Psychothérapie déléguée dans le cadre du cabinet médical
8. Étude du sommeil
9. Unité d'exploitation Institut de radiologie
10. Thérapie interventionnelle de la douleur

Si un fournisseur de prestation remplit les conditions requises pour une unité, il doit la notifier à la FMH ou H+ au moyen d'une formulaire d'auto-déclaration (sur le site Internet du TARMED Suisse). La PaKoDig contrôle l'exactitude des déclarations au moyen d'échantillonnages.

Des informations supplémentaires figurent dans le «Concept sur la reconnaissance des unités selon le TARMED», qui peut être consulté sur le site Internet de TARMED Suisse ou avec le code QR ci-contre.



Salle d'opération de cabinet médical

Toutes les interventions chirurgicales pouvant s'effectuer en OP I peuvent également être exécutées dans une salle OP d'un cabinet médical reconnu. Dans ce cas, la PT est réduite de 40 % et correspond donc à 60 % de la PT en vigueur pour la prestation correspondante dans l'unité OP I. La réduction PT s'effectue avec la position tarifaire 35.0020.

Dans ce cas, il est possible de facturer en plus la position tarifaire 35.0010 «Prestation technique de base OP reconnue dans un cabinet».

Exemple

35.0010	Prestation de base technique pour salle d'opération de cabinet médical accréditée						35.0010
Valeur intrinsèque quantitative	Valeur intrinsèque qualitative Pas de valeur intrinsèque qualitative		Unité fonctionnelle Salle d'opération de cabinet médical		Classe de risque anesthésique		
PM (assistance comprise)	Assistance	Nombre d'assistants	Prestation au sens restreint	Préparation et finition	Rapport	Temps supplémentaire médical lié à la prestation	
PT 107.79 pts Sexe	Temps d'occupation du local		Facteur de supplément, de réduction PM 1.00		Temps d'attente 25 min Facteur de supplément, de réduction PT 1.00		
Interprétation médicale Ne vaut que pour des prestations de l'unité fonctionnelle salle d'opération I.							

Classes de risque d'anesthésie

Il existe quatre classes de risque d'anesthésie (I, II, III et IV). La répartition en classes de risque s'effectue en fonction de la prestation médicale. Pour toutes les prestations, où une anesthésie peut être effectuée par un spécialiste, le TARMED indique une classe de risque d'anesthésie. Ces anesthésies sont indemnisées avec trois groupes de positions tarifaires.

- Suivi péri-opératoire par le spécialiste en anesthésie
- Introduction et évacuation par le spécialiste en anesthésie
- Travail du spécialiste en anesthésie pendant le traitement opératoire (durée de l'anesthésie)

Les exceptions et informations supplémentaires figurent dans l'interprétation du chapitre 28 du TARMED.

Si le spécialiste effectue une surveillance et sédation/analgésie (Monitored Anesthesia Care, MAC), la classe de risque d'anesthésie citée dans le TARMED ne s'applique pas. Dans ce cas, seul le MAC peut être facturé. Le MAC peut également être facturé pour toutes les prestations pour lesquelles aucune classe de risque d'anesthésie n'est citée, dans la mesure où les conditions requises sont remplies. Ces conditions figurent dans l'interprétation des prestations MAC 28.0010, 28.0070 et 28.0120.

Séance

De nombreuses positions du TARMED sont limitées par quantité de séances. Selon l'IG-8, une séance équivaut à la durée de la prise de contact à la fin du contact, pendant laquelle un patient bénéficie d'une prestation du fournisseur de prestation.

Prestations fournies par le personnel non médical

Toutes les prestations fournies par du personnel non médical sont des éléments intégrés aux prestations techniques (PT). Quelques rares prestations, qui peuvent explicitement être effectuées par du personnel non médical, font ici figure d'exception. Ces prestations sont citées dans le bloc de prestations BP-01. Elles ne peuvent être facturées que combinées entre elles et jamais avec une autre prestation du TARMED. Si une consultation a lieu simultanément chez le médecin, les prestations valent donc comme étant déjà rémunérées.

Contenu du bloc de prestations 01 :

00.0150	Administration de médicaments par du personnel non médical (uniquement délivrance d'Antabuse!)
00.0155	Administration non médicale de médicaments pour le traitement de substitution lors de dépendance aux opiacés
00.0160	Prélèvement urinaire surveillé par du personnel non médical pour des patients toxicomanes/alcooliques
00.0750	Injections/infusions par du personnel non médical
00.1345	Nettoyage de plaies/changement de bandages par du personnel non médical, par unité de 5 min.
01.0265	Retrait de bandages durcissants de la catégorie II par du personnel non médical, les 5 premières min.
01.0275	Retrait de bandages durcissants de la catégorie III par du personnel non médical, les 5 premières min.
04.1170	Traitement de plaies sans structures complexes par du personnel non médical, plaies d'une superficie de 5 cm ² à 10 cm ²
04.1175	Traitement de plaies sans structures complexes par du personnel non médical, plaies d'une superficie de 10,1 cm ² à 20 cm ²
04.1180	Traitement de plaies sans structures complexes par du personnel non médical, plaies d'une superficie supérieure à 20 cm ²

Outre le bloc de prestations BP-01, il est possible de facturer les travaux suivants du personnel non médical :

00.0715 Ponction veineuse

00.0716 Ponction capillaire

19.0170 Test respiratoire à l'urée au 13C pour détecter la présence de bactéries *Helicobacter pylori*

Prestation exclusive

Les positions tarifaires, désignées par le terme de prestation exclusive, peuvent être combinées aux prestations supplémentaires qui leur sont directement affectées.

Sinon, ce sont les règles de cumul du groupe de prestations GP-01 qui s'appliquent à ces prestations.

Matériel à usage courant

Le matériel à usage courant est facturé selon le TARMED (IG-20) pour autant que son prix d'achat (TVA incluse) dépasse CHF 3.- par unité. Le prix d'achat (prix par unité sur la base de la quantité d'achats annuels) est facturé avec un supplément de 10 %. Le matériel figurant dans la LiMA ou dans les conventions, a un prix maximal qui ne peut pas être dépassé. Le matériel à usage courant d'un prix jusqu'à CHF 3.- est considéré comme rémunéré avec la prestation technique (PT) et ne peut pas être facturé séparément.

Remise des médicaments

Le temps consacré à la remise des médicaments fait partie intégrante de la consultation. On décompte ainsi par exemple le temps pour le déplacement pour se rendre à la pharmacie du cabinet, l'enlèvement des médicaments dans la pharmacie du cabinet, l'étiquetage des médicaments avec les instructions relatives au dosage, les explications et les conseils aux patients concernant la prise des médicaments, etc.

Seuls les médicaments/produits de la liste des spécialités (LS) et de la liste des médicaments avec tarif (LMT) doivent être décomptés aux assurances maladie (LAMal, LAA, LAM, LAI). Les médicaments, qui ne figurent pas dans la liste des spécialités (LS), valent comme «traitements non obligatoires» et doivent être facturés directement au patient via une facture séparée.

Pour les prestations diagnostiques, où un médicament est utilisé comme auxiliaire pour l'examen/le traitement, il faut toujours tenir compte des interprétations générales. Ainsi, il est par exemple possible de décompter en supplément des médicaments utilisés dans le cadre d'une prestation diagnostique spéciale (produits de contraste, médicaments pour tests endocriniens/métaboliques). Par contre, les médicaments, directement liés à une prestation diagnostique (collyres, gouttes auriculaires, anesthésiques de surface, lubrifiant etc.) font partie intégrante de la prestation technique.

Facturation par analogie

L'utilisation de positions par analogie est strictement interdite aux termes de l'IG-38. Les prestations qui ne figurent pas dans le tarif ne peuvent pas être facturées. Dans ce cas, il convient d'adresser une demande de tarif à la CPT, qui décide si une prestation peut être intégrée au TARMED et à quelles conditions.

Systématique de l'application du règlement

De nombreux règlements figurent à différents endroits dans le TARMED. Ainsi, certains règlements peuvent parfois se contredire. Dans ce cas, l'IG-51 fixe la hiérarchie :

- échelon supérieur : Règlements/Interprétations au Niveau Interprétations générales, p. ex. IG-01
- 2ème échelon : Règlements/Interprétations au niveau du chapitre, p. ex 00
- 3ème échelon : Règlements/Interprétations au niveau du sous-chapitre, p. ex 00.01.01
- échelon inférieur : Règlements/Interprétations au niveau de la position tarifaire, p. ex 00.0010

Pour des règlements concernant le même objet à plusieurs niveaux, c'est le règlement **du niveau de hiérarchie concerné directement inférieur qui s'applique.**

Exemples

1. Si un règlement est fixé pour un fait précis dans un chapitre et qu'il existe des contradictions dans le sous-chapitre, c'est le règlement dans le sous-chapitre qui s'applique car le niveau de hiérarchie du sous-chapitre est inférieur à celui d'un chapitre.
2. S'il existe un règlement au niveau de l'IG et un autre sur le même thème dans le chapitre, c'est le règlement du chapitre qui s'applique car celui-ci est d'un niveau hiérarchique inférieur.

Exercice 8.6.4

Un médecin, disposant d'une formation de spécialiste en acupuncture TCM, tient une consultation d'acupuncture et la facture correctement en appliquant les positions tarifaires 00.1710, 00.1720 et 00.1730. Il facture en outre les aiguilles nécessaires pour l'acupuncture. Le médecin s'appuie ici sur l'IG-20, qui dit que le matériel à usage courant d'un prix unitaire supérieur à CHF 3.- peut être facturé séparément.

L'assurance rejette les frais en renvoyant à l'interprétation de la position tarifaire 00.1710, où il est dit que «...*Valent comme déjà facturés avec la position tarifaire : apposer les aiguilles, le matériel, la préparation ou le traitement des aiguilles. ...*»

Qui a raison et pourquoi?

Exercice

Suppléments pour les prestations des médecins de famille

Pour garantir que tous les habitants de la Suisse puissent continuer à bénéficier à l'avenir d'un accès à des prestations médicales de base de qualité, le Conseil fédéral a décidé de renforcer les médecins de famille et les autres fournisseurs de prestations de base et de les soutenir financièrement.

Les partenaires sociaux n'ayant pas pu se mettre d'accord sur la façon d'appliquer cette décision dans le TARMED, le Conseil fédéral est intervenu dans le cadre de ses compétences subsidiaires et a promulgué une ordonnance relative à la loi sur l'assurance-maladie, qui est entrée en vigueur le 1er octobre 2014. Les assurances-accidents, l'assurance-invalidité et l'assurance militaire se sont joints à cette solution.

Une nouvelle position a donc été créée pour ce supplément 00.0015 «+ Supplément pour prestations du médecin de famille dans le cabinet médical». Il correspond à 10 points tarifaires PM et peut être facturé 1x par jour et par patient par les médecins, en plus de la consultation de base (position tarifaire 00.0010) si le médecin dispose d'un des titres postgradués suivants :

- Médecine interne générale
- Pédiatre
- Médecin généraliste

La position tarifaire 00.0015 ne peut être cumulée qu'avec les postes de tarif du groupe de prestations GP-03 et pas avec d'autres positions du TARMED.

<div><div><div>01 Toutes les prestations de la gynécologie</div><div>02 Toutes les prestations de l'obstétrique</div><div>03 Toutes les prestations d'urgence médicale (hors les bases de soins) et de la médecine d'urgence</div><div>04 Toutes les prestations de la médecine nucléaire</div><div>05 Toutes les prestations de la radio-oncologie et de la radiothérapie</div><div>06 Toutes les prestations de la dermatologie</div><div>07 Toutes les prestations tarifaires de la thérapie interventionnelle de la dent</div><div>08 Prestations de pédiatrie</div><div>09 Prestations exclusives</div><div>10 Prestations exclusives inclusives</div><div>11 Prestations pour lesquelles le supplément pour prestations de médecine de famille ou cabinet médical peut être porté en compte selon les règles de contrôle du facturé des répondants des coûts</div><div>12 Prestations d'urgence médicale excluant le règlement du dossier</div><div>13 Consultation</div><div>14 Prise en charge du patient hospitalisé</div><div>15 Prestations de base générales</div><div>16 Consultation téléphonique</div><div>17 Examen histologique excisional</div><div>18 Prestations non médicales en psychiatrie</div><div>19 Techniques neurochirurgicales pour l'ostéoporose, l'ostéoporose, la</div><div>20 Techniques orthopédiques pour stabilisation de l'épave, l'ostéoporose, la</div><div>21 L'absence de qualité pour toute la prise en charge psychologique ou p</div><div>22 Prestations médicales générales exclues au patient par le spécialiste</div><div>23 Prestations médicales exclues au patient par le spécialiste</div><div>24 Prestations non cumulables avec une prestation de base technique 3, ne</div><div>25 Prestations non cumulables avec la prestation de base technique 3, ne</div><div>26 Prestations exclusives (hors le volet d'abord)</div><div>27 Vues d'abord pour les prestations exclusives (hors le volet d'abord)</div><div>28 Mesures thérapeutiques incluant l'ablation d'un épave</div><div>29 Prestations d'urgence médicale exclues</div><div>30 Prestations d'urgence médicale exclues</div><div>31 Prestations d'urgence médicale exclues</div><div>32 Prestations d'urgence médicale exclues</div><div>33 Prestations d'urgence médicale exclues</div><div>34 Prestations d'urgence médicale exclues</div><div>35 Prestations d'urgence médicale exclues</div><div>36 Prestations d'urgence médicale exclues</div><div>37 Prestations d'urgence médicale exclues</div><div>38 Prestations d'urgence médicale exclues</div><div>39 Prestations d'urgence médicale exclues</div><div>40 Prestations d'urgence médicale exclues</div><div>41 Prestations d'urgence médicale exclues</div><div>42 Prestations d'urgence médicale exclues</div><div>43 Prestations d'urgence médicale exclues</div><div>44 Prestations d'urgence médicale exclues</div><div>45 Prestations d'urgence médicale exclues</div><div>46 Prestations d'urgence médicale exclues</div><div>47 Prestations d'urgence médicale exclues</div><div>48 Prestations d'urgence médicale exclues</div><div>49 Prestations d'urgence médicale exclues</div><div>50 Prestations d'urgence médicale exclues</div><div>51 Prestations d'urgence médicale exclues</div><div>52 Prestations d'urgence médicale exclues</div><div>53 Prestations d'urgence médicale exclues</div><div>54 Prestations d'urgence médicale exclues</div><div>55 Prestations d'urgence médicale exclues</div><div>56 Prestations d'urgence médicale exclues</div><div>57 Prestations d'urgence médicale exclues</div><div>58 Prestations d'urgence médicale exclues</div><div>59 Prestations d'urgence médicale exclues</div><div>60 Prestations d'urgence médicale exclues</div><div>61 Prestations d'urgence médicale exclues</div><div>62 Prestations d'urgence médicale exclues</div></div></div> <tr><td><div><div><div>03</div><div>Positions pour lesquelles le supplément pour prestations de médecine de famille ou cabinet médical peut être porté en compte selon les règles de contrôle du facturé des répondants des coûts</div></div><div><div><div>Ce groupe de prestations sert d'indication pour le contrôle des factures par les assureurs.</div><div>Ces prestations ne devraient donc pas faire l'objet de demandes d'explications complémentaires de la part des répondants des coûts, son contenu n'a toutefois pas été décidé par les fournisseurs de prestations. La FMI et Médecine de famille Suisse estiment tous deux qu'il revient aux médecins de distinguer les prestations relevant de la médecine de famille des prestations spécialisées. Dans le contexte de la médecine de famille, d'autres prestations peuvent donc être fournies. Il faut cependant s'attendre à davantage de demandes d'explications de la part des assureurs.</div></div><div><div><div>Contenu</div><div>00.0010 Consultation, première période de 5 min (consultation de base)</div><div>00.0015 + supplément pour prestations de médecine de famille ou cabinet médical</div><div>00.0020 + Consultation, par période de 5 min en plus (supplément de consultation)</div><div>00.0030 + Consultation, dernière période de 5 min (supplément de consultation)</div><div>00.0040 + Supplément pour enfants de moins de 6 ans</div><div>00.0050 Entretien d'information du spécialiste avec le patient ou ses proches avant une intervention diagnostique ou thérapeutique, par période de 5 min</div><div>00.0140 Prestation médicale en l'absence du patient (y compris étude de dossier), par période de 5 min</div><div>00.0410 Petit examen par le spécialiste de premier recours</div><div>00.0420 Examen complet par le spécialiste de premier recours</div><div>00.0430 Evaluation spéciale de la croissance par le spécialiste en endocrinologie ou en pédiatrie</div><div>00.0440 Contrôle ultérieur des donneurs vivants, comme prestation exclusive</div><div>00.0490 Bilan cognitif et conseil</div><div>00.0510 Consultation spécialisée par le spécialiste de premier recours, par période de 5 min</div><div>00.0520 Consultation psychothérapeutique ou psychosociale par le spécialiste de premier recours, par période de 5 min</div><div>00.0525 Thérapie psychosomatique individuelle, par 5 min</div><div>00.0530 Consultation gynécologique et/ou pédiatrique par le spécialiste, par période de 5 min</div><div>00.0610 Instruction du patient par le spécialiste pour lui apprendre à effectuer lui-même des mesures ou des soins, par période de 5 min</div><div>00.0710 Ponction veineuse pour prise de sang, toute localisation (fait partie des «prestations de base générales»)</div></div></div></div></div></td></tr>	<div><div><div>03</div><div>Positions pour lesquelles le supplément pour prestations de médecine de famille ou cabinet médical peut être porté en compte selon les règles de contrôle du facturé des répondants des coûts</div></div><div><div><div>Ce groupe de prestations sert d'indication pour le contrôle des factures par les assureurs.</div><div>Ces prestations ne devraient donc pas faire l'objet de demandes d'explications complémentaires de la part des répondants des coûts, son contenu n'a toutefois pas été décidé par les fournisseurs de prestations. La FMI et Médecine de famille Suisse estiment tous deux qu'il revient aux médecins de distinguer les prestations relevant de la médecine de famille des prestations spécialisées. Dans le contexte de la médecine de famille, d'autres prestations peuvent donc être fournies. Il faut cependant s'attendre à davantage de demandes d'explications de la part des assureurs.</div></div><div><div><div>Contenu</div><div>00.0010 Consultation, première période de 5 min (consultation de base)</div><div>00.0015 + supplément pour prestations de médecine de famille ou cabinet médical</div><div>00.0020 + Consultation, par période de 5 min en plus (supplément de consultation)</div><div>00.0030 + Consultation, dernière période de 5 min (supplément de consultation)</div><div>00.0040 + Supplément pour enfants de moins de 6 ans</div><div>00.0050 Entretien d'information du spécialiste avec le patient ou ses proches avant une intervention diagnostique ou thérapeutique, par période de 5 min</div><div>00.0140 Prestation médicale en l'absence du patient (y compris étude de dossier), par période de 5 min</div><div>00.0410 Petit examen par le spécialiste de premier recours</div><div>00.0420 Examen complet par le spécialiste de premier recours</div><div>00.0430 Evaluation spéciale de la croissance par le spécialiste en endocrinologie ou en pédiatrie</div><div>00.0440 Contrôle ultérieur des donneurs vivants, comme prestation exclusive</div><div>00.0490 Bilan cognitif et conseil</div><div>00.0510 Consultation spécialisée par le spécialiste de premier recours, par période de 5 min</div><div>00.0520 Consultation psychothérapeutique ou psychosociale par le spécialiste de premier recours, par période de 5 min</div><div>00.0525 Thérapie psychosomatique individuelle, par 5 min</div><div>00.0530 Consultation gynécologique et/ou pédiatrique par le spécialiste, par période de 5 min</div><div>00.0610 Instruction du patient par le spécialiste pour lui apprendre à effectuer lui-même des mesures ou des soins, par période de 5 min</div><div>00.0710 Ponction veineuse pour prise de sang, toute localisation (fait partie des «prestations de base générales»)</div></div></div></div></div>
<div><div><div>03</div><div>Positions pour lesquelles le supplément pour prestations de médecine de famille ou cabinet médical peut être porté en compte selon les règles de contrôle du facturé des répondants des coûts</div></div><div><div><div>Ce groupe de prestations sert d'indication pour le contrôle des factures par les assureurs.</div><div>Ces prestations ne devraient donc pas faire l'objet de demandes d'explications complémentaires de la part des répondants des coûts, son contenu n'a toutefois pas été décidé par les fournisseurs de prestations. La FMI et Médecine de famille Suisse estiment tous deux qu'il revient aux médecins de distinguer les prestations relevant de la médecine de famille des prestations spécialisées. Dans le contexte de la médecine de famille, d'autres prestations peuvent donc être fournies. Il faut cependant s'attendre à davantage de demandes d'explications de la part des assureurs.</div></div><div><div><div>Contenu</div><div>00.0010 Consultation, première période de 5 min (consultation de base)</div><div>00.0015 + supplément pour prestations de médecine de famille ou cabinet médical</div><div>00.0020 + Consultation, par période de 5 min en plus (supplément de consultation)</div><div>00.0030 + Consultation, dernière période de 5 min (supplément de consultation)</div><div>00.0040 + Supplément pour enfants de moins de 6 ans</div><div>00.0050 Entretien d'information du spécialiste avec le patient ou ses proches avant une intervention diagnostique ou thérapeutique, par période de 5 min</div><div>00.0140 Prestation médicale en l'absence du patient (y compris étude de dossier), par période de 5 min</div><div>00.0410 Petit examen par le spécialiste de premier recours</div><div>00.0420 Examen complet par le spécialiste de premier recours</div><div>00.0430 Evaluation spéciale de la croissance par le spécialiste en endocrinologie ou en pédiatrie</div><div>00.0440 Contrôle ultérieur des donneurs vivants, comme prestation exclusive</div><div>00.0490 Bilan cognitif et conseil</div><div>00.0510 Consultation spécialisée par le spécialiste de premier recours, par période de 5 min</div><div>00.0520 Consultation psychothérapeutique ou psychosociale par le spécialiste de premier recours, par période de 5 min</div><div>00.0525 Thérapie psychosomatique individuelle, par 5 min</div><div>00.0530 Consultation gynécologique et/ou pédiatrique par le spécialiste, par période de 5 min</div><div>00.0610 Instruction du patient par le spécialiste pour lui apprendre à effectuer lui-même des mesures ou des soins, par période de 5 min</div><div>00.0710 Ponction veineuse pour prise de sang, toute localisation (fait partie des «prestations de base générales»)</div></div></div></div></div>	

L'exécution d'une consultation est obligatoire pour la facturation de 00.0015 étant donné qu'il s'agit de la prestation principale correspondante. Dans le TARMED Browser, la position de supplément 00.0015 est donc explicitement associée à la position 00.0010 (00.0015 n'apparaît que si on ouvre le «+» avant 00.0010) :

The screenshot shows the TARMED Browser interface. On the left, a tree view lists various medical services under 'Chapitres'. The main panel displays the details for position 00.0015, which is a supplement for family medicine consultations. It includes a table for 'Valeur de la position' with columns for 'Valeur intrinsèque quant.', 'Valeur intrinsèque qual.', 'Unité fonctionnelle', and 'Classe de risque anesth.'. Below this, there are tables for 'PM (existence compris)', 'PT (PT)', and 'Occupation du local'. The 'Interprétation médicale' section explains that this position is only billable if the patient is not receiving any other medical service on the same day. The 'Règles' section specifies the quantity as '1 fois par jour' and lists the associated positions for consultation.

Détenteurs de plusieurs titres postgradués

Les détenteurs de plusieurs titres postgradués peuvent facturer la position 00.0015 dans la mesure où ils ont fourni une prestation de médecin de famille. Les valeurs intrinsèques qualitatives des positions tarifaires et du GPG-03 peuvent aider à l'évaluer.

Il faut également tenir compte de la limitation du 00.0015, qui permet uniquement de procéder à une facturation si le même fournisseur de prestation n'a pas fourni de prestations en qualité de spécialiste le même jour.

Exemple

Un médecin est à la fois titulaire du titre postgradué de médecine interne et de gastroentérologie. Une patiente se rend dans le cabinet pour des douleurs au niveau du ventre.

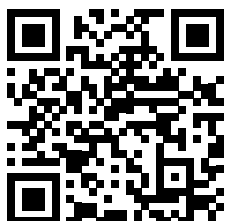
Cas 1 : L'examen médical montre qu'il s'agit de crampes menstruelles qui peuvent être traitées avec des antispasmodiques.

- 00.0015 peut être facturé car il s'agit de prestations de médecin de famille.

Cas 2 : L'examen médical montre qu'il faut procéder d'urgence à une ponction Douglas* (TARMED position 19.1870). Le médecin l'effectue directement après l'examen médical dans l'OP de son cabinet.

- 00.0015 ne doit pas être facturé car le médecin a effectué un examen en qualité de spécialiste. Pour une ponction Douglas, ce sont les valeurs intrinsèques qualitatives qui sont exigées. De plus, la position du TARMED 19.1870 ne figure pas dans le GP-03.

8.7. Valeurs des points tarifaires



Si l'organisme payeur de la prestation est l'assurance-accident, militaire ou invalidité, c'est la valeur de point tarifaire uniforme dans toute la Suisse, d'un montant de CHF -.92 qui s'applique pour les cabinets médicaux et les médecins agréés. Les médecins hospitaliers facturent CHF 1.-.

Dans le domaine de l'assurance-maladie, les valeurs de points tarifaires varient en fonction du canton et entre les hôpitaux et les médecins. Elles sont respectivement négociées entre les assureurs et les fournisseurs de prestations ou leurs associations faîtières. Les valeurs de points tarifaires respectifs peuvent être consultés entre autre sur les sites Internet suivants :

Les informations fournies sont sans engagement. En cas de doute, n'hésitez pas à consulter les organisations faîtières.

Exercice

Exercice 8.7.1

Recherchez sur Internet les valeurs de points tarifaires du canton où vous travaillez pour :

LAA	CHF -.92 (médecins et médecins agréés) resp. 1.- (médecins touchant une rémunération fixe de l'hôpital)
LAM	CHF -.92 (médecins et médecins agréés) resp. 1.- (médecins touchant une rémunération fixe de l'hôpital)
AI	CHF -.92 (médecins et médecins agréés) resp. 1.- (médecins touchant une rémunération fixe de l'hôpital)
LAMal	en fonction du canton, cf. www.fmh.ch/fr/tarifs_ambulatoires/tarmed-tarif.html

8.8. Tarification

Des points tarifaires aux francs

Les points tarifaires cités pour la prestation respective dans le TARMED (PM et PT) sont multipliés avec la valeur de point tarifaire en vigueur, ce qui donne le montant à facturer en francs :

$$\begin{aligned} &\text{Nombre de points tarifaires (PT)} \times \text{valeur du point tarifaire (VPT)} \\ &= \text{montant en francs à facturer (prix)} \end{aligned}$$

Splitting tarifaire

Pour chaque prestation, le TARMED différencie strictement la prestation médicale PM (= rémunération de la prestation médicale, assistance comprise) et la prestation technique PT (= rémunération des frais d'infrastructure et des frais pour le personnel non médical). Cette séparation de PM et PT est également appelée splitting tarifaire.

Si un médecin agréé fournit des prestations dans un hôpital, les PT sont facturées par l'hôpital car ce dernier met l'infrastructure à disposition. Sont exceptés de ce règlement

- les consultations
- les consiliums
- les comptes-rendus

Dans ce cas, le médecin agréé peut facturer à la fois les PM et les PT. Les PT sont destinées à compenser les frais pour l'infrastructure non utilisée du cabinet médical pendant que le médecin agréé exerce à l'hôpital.

8.9. Facturation

Structure de décompte

Dans le domaine AA/AM/AI, la facturation s'effectue toujours dans le système du «tiers payant». Cela signifie que les fournisseurs de prestations envoient leurs factures directement à l'assureur compétent qui paie les factures.

Si c'est l'assurance-maladie qui est compétente, la facturation s'effectue en fonction de la convention conclue, soit dans le système du «tiers payant» ou du «tiers garant». Vous trouverez des informations à ce sujet dans le contrat d'affiliation cantonal respectif de TARMED.

ATTENTION

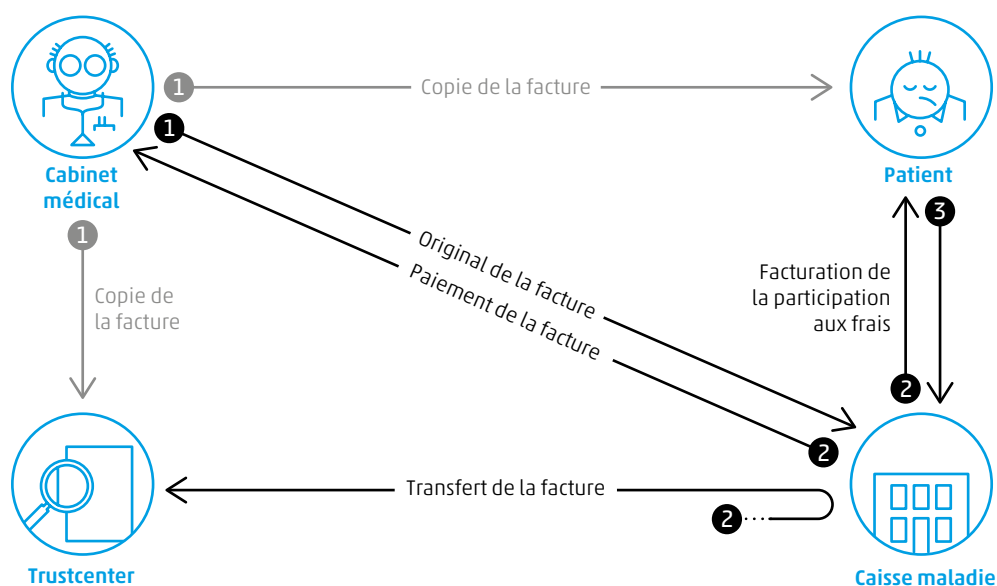
Selon le décret sur l'assurance-maladie, le fournisseur de prestations doit établir deux factures distinctes pour les prestations prises en charge par l'assurance obligatoire de soins (prestations obligatoires) et pour toutes les autres prestations (prestations non obligatoires). Les prestations non obligatoires ne doivent pas être facturées directement à l'assureur.

Tiers payant

Dans le système «tiers payant», la facture est envoyée à l'assureur par le fournisseur de prestations. L'assureur paie intégralement la facture dans le cadre de ses compétences. Toutefois, l'assureur pourra facturer à l'assuré des frais éventuels non couverts ou des participations aux frais.

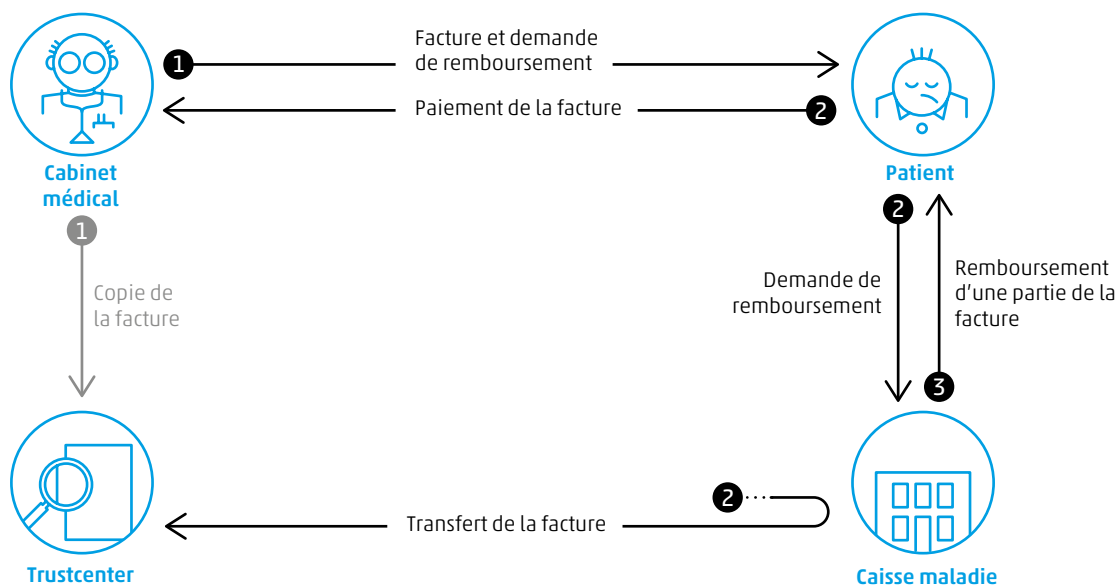
ATTENTION

Si la facturation vis-à-vis de l'assureur s'effectue dans le système «tiers payant», le fournisseur de prestation doit faire parvenir une copie de la facture à l'assuré conformément au décret sur l'assurance-maladie!



Tiers garant

Si le décompte est effectué selon le «tiers garant», le patient reçoit la facture du fournisseur de prestation et est le débiteur du fournisseur de la prestation. Le patient doit ensuite faire valoir lui-même les prestations d'assurance auprès de son assureur. Il transmet la facture à l'assureur à cet effet. L'assureur paie au patient les prestations dans le cadre de ses compétences, moins les frais éventuellement non couverts ou des participations aux frais.



Facturation électronique

Conformément aux contrats TARMED, il faut procéder à la facturation électronique. Pour promouvoir cette forme de facturation, différentes limitations pour certaines positions tarifaires ont été déclarées nulles et non avenues dans le TARMED pour les fournisseurs de prestations procédant à la facturation électronique :

QUANTITÉ : AU MAXIMUM 2 FOIS PAR SÉANCE

Cette limitation ne s'applique pas aux spécialistes procédant à la facturation électronique

L'IG-50 stipule ce qui suit : «Le critère de la facturation électronique est rempli lorsque la facture est transmise électroniquement à l'assureur selon le standard convenu entre les partenaires contractuels respectifs.»

Assureurs et fournisseurs de prestations ne sont pas totalement d'accord sur la façon de mettre en pratique la facturation électronique. Les divergences concernent surtout les factures en «tiers garant» et les Trustcenter étant donné que les assureurs sont censés les rémunérer pour la réception des factures sous forme électronique mais que les charges pour la facturation électronique seraient déjà comprises dans les prestations techniques (PT).

Trustcenter

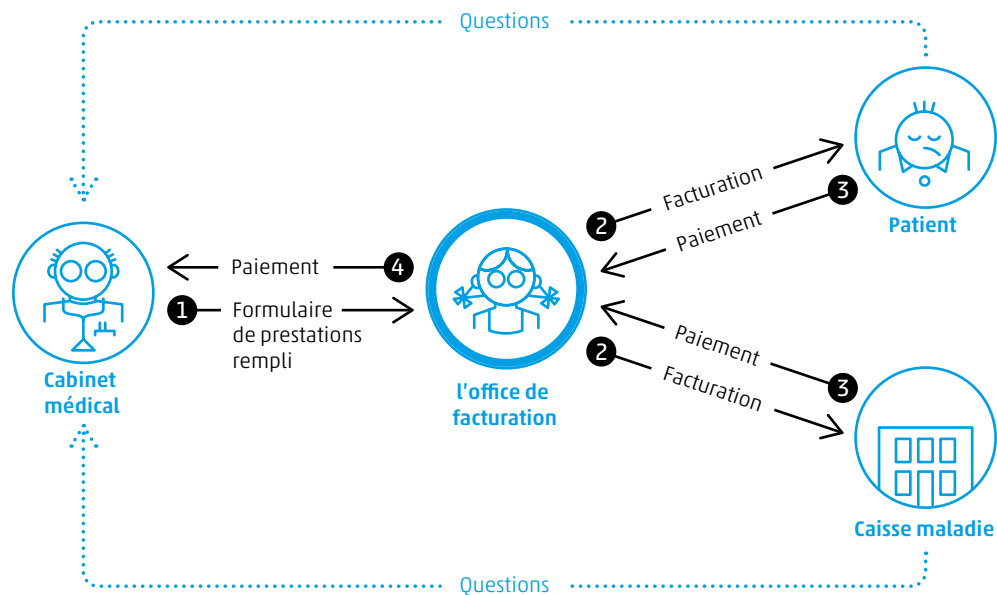
La fonction des Trustcenter consiste principalement à collecter électroniquement les données des factures des cabinets médicaux et à les évaluer de façon systématique. La collecte des données sert surtout à des fins statistiques et pour les négociations concernant les points tarifaires avec les assureurs.

En outre, les Trustcenter peuvent mettre à disposition des assureurs des copies électroniques des factures des patients (factures en «tiers garant»).

Possibilités de facturation du médecin

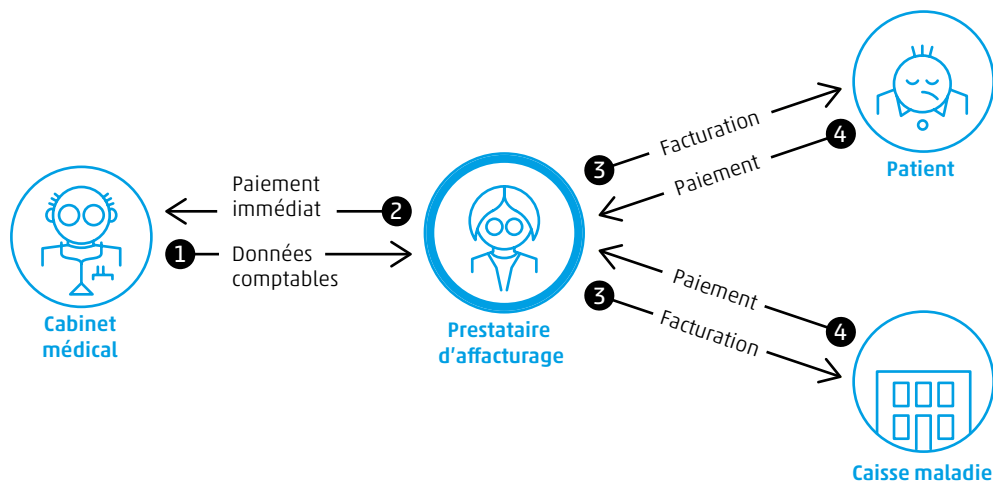
La saisie des prestations et la facturation sont au cœur de l'administration d'un cabinet médical. Les différentes possibilités à disposition du fournisseur de la prestation sont liées au temps, au travail, à la technique et aux finances nécessaires. En fonction de ce que le cabinet médical souhaite investir, il a le choix entre les variantes suivantes :

Facturation manuelle ou sous forme numérique via l'office de facturation



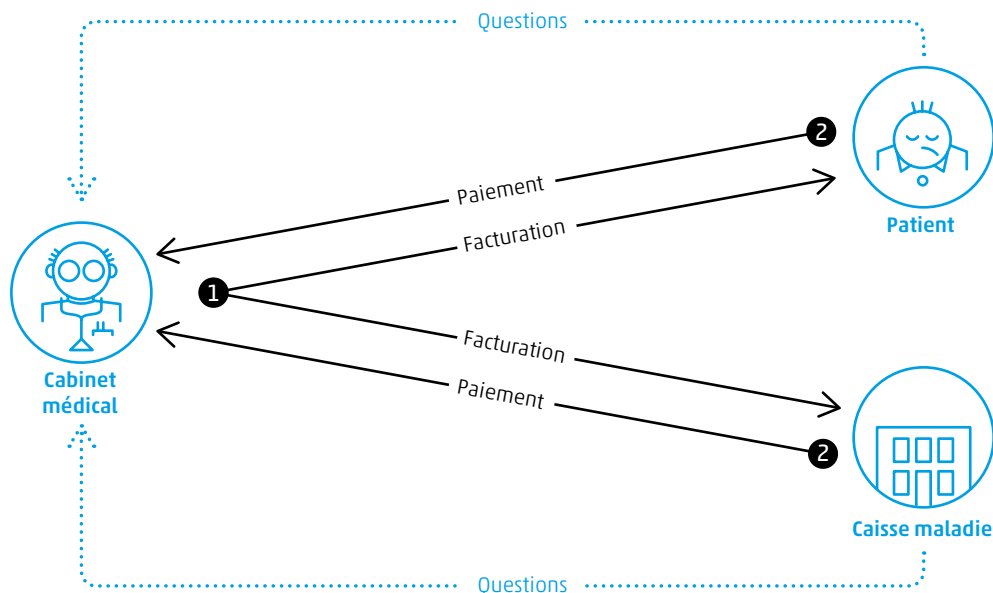
- + Pas besoin de logiciel pour la saisie des prestations
- Frais de port/de téléphone pour la transmission des feuilles de prestations
- Consommation élevée de papier
- Les dossiers des patients sont créés physiquement (donc stockage augmenté).

Facturation via un prestataire d'affacturage



- + Encaissement rapide des créances
- + Plus aucun travail administratif dans le domaine de la gestion des débiteurs
- + Les risques liés à l'encaissement sont supportés par le prestataire d'affacturage
- + Baisse des demandes de précision des patients et des assurances
- Il faut travailler avec le logiciel prescrit pour le cabinet

Facturation via le propre système informatique – sans office de facturation



- + Pas de frais pour la facturation par un prestataire externe
- Frais de logiciel plus élevés : les mises à jour de tarif et adaptations du logiciel suite à des modifications législatives etc. doivent être effectuées et financées par le cabinet.
- Le cabinet doit répondre lui-même à des demandes de précision et réclamations d'assurances et de patients.

8.10. Application du tarif

Consultation

00.0010 – 00.0020 – 00.0030

La consultation médicale est définie dans le TARMED sous forme de tarif au temps consacré. Le temps nécessaire est facturé par tranches de cinq minutes. Les positions suivantes sont ici à disposition :

00.0010 Consultation, première période de 5 minutes

00.0020 + Consultation, chaque période supplémentaire de 5 minutes

00.0030 + Consultation, dernières 5 minutes

Remarques concernant la facturation

- Chaque consultation commence par 1× 00.0010
- Une période de 5 minutes de consultation entamée peut être facturée intégralement
 - > jusqu'à 5 minutes de consultation = 1× 00.0010
 - > 6-10 minutes de consultation = 1× 00.0010 et 1× 00.0030
 - > à partir de 11 minutes de consultation = 1× 00.0010, 1× 00.0030 et pour la période dépassant 10 minutes en plus par période de 5 minutes (entamée) 1× 00.0020
- Si des prestations de soins sont effectuées pendant un contact entre le patient et le médecin, le temps nécessaire à cet effet ne peut pas être facturé en plus du temps de consultation. Cf. également la décision CIP 05048.
- Ne font également pas partie du temps de consultation des actes médicaux du médecin, tombant sous le coup d'un autre tarif, comme p. ex. les injections et certains pansements (figurant dans le tarif «Composant avec prestations de base générales» et l'accompagnement du patient vers le personnel auxiliaire et des ordres donnés au personnel auxiliaire.

Suppléments pour les prestations des médecins de famille

00.0015

Une nouvelle position a donc été créée le 01.10.2014 pour ce supplément 00.0015 «+ Supplément pour prestations du médecin de famille dans le cabinet médical». Il correspond à 10 points tarifaires et doit permettre de mieux rémunérer les fournisseurs de prestations de base.

Remarques concernant la facturation

- Peut être facturée 1x par jour et par patient, en plus de la consultation de base (position tarifaire 00.0010) si le médecin dispose d'un des titres postgradués suivants : médecine interne générale, pédiatrie ou médecine générale.
- Cumulable uniquement avec des positions du groupe de prestations GP-03
- Les détenteurs de plusieurs titres postgradués peuvent facturer la position 00.0015 dans la mesure où ils ont fourni une prestation de médecin de famille.
- Facturation possible uniquement si le même fournisseur de prestations n'a pas effectué de prestations en tant que spécialiste le même jour.

** Remarque : Vous trouverez de plus amples détails dans le paragraphe «Supplément pour les prestations par le médecin de famille».*

Exercice 8.10.1

Faites les exercices des cas 1, 2 et 9 au chapitre 8.12.

Exercice

Consultation téléphonique

00.0110 – 00.1880 – 02.0060 – 02.0150 – 02.0250 – 02.0350

Dans le TARMEC, on différencie les consultations téléphoniques «normales» (00.0110), de médecine complémentaire (00.1880) et dans le domaine de la psychiatrie/psychologie (02.0060, 02.0150, 02.0250, 02.0350). La rémunération s'effectue en fonction du temps nécessaire par unités de 5 minutes.

Remarques concernant la facturation

- Une période de 5 minutes de consultation téléphonique entamée peut être facturée intégralement
- Ces chiffres tarifaires ne peuvent être facturés que pour les entretiens téléphoniques entre le médecin et le patient. Les exceptions sont les entretiens téléphoniques entre le médecin et les membres de famille d'enfants et de patients qui ne peuvent pas s'exprimer eux-mêmes.

Exercice

Exercice 8.10.2

Faites les exercices des cas 8 et 18 au chapitre 8.12.

Visite à domicile

00.0060 – 00.0070 – 00.0080

La visite à domicile est définie dans le TARMED sous forme de tarif au temps consacré. Le temps nécessaire est facturé par tranches de cinq minutes. Les positions suivantes sont ici à disposition :

- 00.0060 Visite à domicile, première période de 5 minutes**
- 00.0070 + visite à domicile, chaque période supplémentaire de 5 minutes**
- 00.0080 Visite à domicile, dernière période de 5 minutes**

Remarques concernant la facturation

- Chaque visite à domicile commence par 1× 00.0060
- Une période de 5 minutes de visite à domicile entamée peut être facturée intégralement
 - > jusqu'à 5 minutes de visite à domicile = 1× 00.0060
 - > 6-10 minutes de visite à domicile = 1× 00.0060 et 1× 00.0080
 - > dès 11 minutes de visite = 1× 00.0060, 1× 00.0080
 - > pour une durée supérieure à 10 minutes en plus par période de 5 minutes (entamée) 1× 00.0070
- S'applique à tous les types de visites hors du cabinet (à domicile, sur le lieu de l'accident, etc.). Les exceptions sont les traitements en milieu hospitalier.
- La durée déterminante pour la visite hors du cabinet débute à l'arrivée du spécialiste chez le médecin (donc sans le trajet pour se rendre chez le patient!).
- Les indemnités de déplacement sont facturées avec la position 00.0095.

Indemnités de déplacement

00.0095

L'indemnité de déplacement s'effectue avec la position 00.0095 par unités de 5 minutes.

Remarques concernant la facturation

- Possibilité de facturer uniquement avec une des prestations suivantes :
 - > Examen médico-légal (00.1400)
 - > Conseils collégiaux (00.2110)
 - > Conseils collégiaux approfondis (00.2120)
 - > Diagnostic et thérapie psychiatrique,
 - > Thérapie individuelle (02.0010)
 - > Intervention psychiatrique en cas de crise (00.0080)
- L'indemnité est versée pour la durée du déplacement, indépendamment du véhicule utilisé.
- Les unités de 5 minutes entamées sont intégralement rémunérées.
- En cas de visites à domicile de plusieurs patients dans le cadre de la même tournée, il est possible de facturer uniquement le temps nécessaire pour se rendre du domicile d'un patient à un autre. Cela s'applique également pour les visites dans un home.

Exercice

Exercice 8.10.3

Faites l'exercice du cas 17 au chapitre 8.12.

Prestations médicales en l'absence du patient

00.0140 – 02.0070

Toutes les prestations médicales pour le traitement du patient en l'absence de ce dernier (hormis les consultations téléphoniques) sont facturées avec la position 00.0140, resp. avec 02.0070 dans le domaine de la psychiatrie. Ces prestations peuvent être facturées par périodes de 5 minutes nécessaires, sachant que des périodes entamées de 5 minutes sont entièrement rémunérées.

La position peut être facturée pour...

- Temps nécessaire à l'étude de dossier tiers ou, en cas d'exceptions justifiées, pour le traitement des propres dossiers (cf. la décision CIP 08017-B)
- Entretiens avec des proches du patient
- Demande de renseignements auprès de tiers
- Entretien avec des thérapeutes et conseillers
- Établir des ordonnances et prescriptions en dehors d'une consultation
- Envoyer des patients à des médecins consultants
- Entretiens internes à l'hôpital avec des médecins consultants/études de cas interdisciplinaires (cf. la décision CIP 08014)

Exercice 8.10.4

Faites les exercices des cas 11 et 16 au chapitre 8.12.

Exercice

Consilium/Conseils collégiaux

00.2110 – 00.2120

Un consilium est une délibération demandée par le médecin traitant/assurant la thérapie avec un autre spécialiste pour se concerter sur le diagnostic, les éventuelles mesures diagnostiques, la thérapie et le pronostic d'un patient. Demander un deuxième avis (Second Opinion) sur le traitement/la thérapie en cours à un spécialiste est considéré comme un conseil collégial.

Les conseils collégiaux comprennent les questions au patient, l'examen de ce dernier, l'étude du dossier, des questions aux tiers, la documentation et le rapport de consilium pour le médecin à conseiller.

Remarques concernant la facturation

- La position tarifaire est limitée à 24 fois, resp. à 2 heures par cas.
- Le transfert d'un patient pour l'exécution de prestations extras et/ou pour le traitement par un spécialiste ne valent pas comme consilium.
- La facturation d'un consilium en milieu hospitalier nécessite le transfert par un médecin externe à l'hôpital.
- Un conseil collégial approfondi par un spécialiste (00.2120) nécessite une garantie de remboursement des coûts par l'assureur.

Exercice

Exercice 8.10.5

Faites l'exercice du cas 5 au chapitre 8.12.

Suppléments d'âge

Des suppléments d'âge sont prévus au TARMED pour diverses prestations et tranches d'âge. Ces suppléments doivent servir à rémunérer le travail supplémentaire occasionné pour le groupe de patients correspondant. Ci-dessous, vous trouverez quelques exemples de tels «suppléments d'âge» (liste non exhaustive) :

Supplément pour...	Restrictions d'autorisation de facturation	Position tarifaire
Consultation pour des enfants de moins de 6 ans	Uniquement pour les pédiatres et chirurgiens pour enfants	00.0040
Assistance d'un patient hospitalisé jusqu'à 16 ans		00.0220
Pansements durcissants pour des enfants jusqu'à 7 ans		01.0250
EEG chez des patients éveillés pour des enfants de moins de 7 ans	Uniquement pour électroencéphalographie de spécialistes	05.0411
Prestations d'anesthésie pour des patients de plus de 70 ans	Uniquement anesthésiologie	28.0020
Radiographie/Échographie/TDM/IRM, sans produit de contraste pour les enfants jusqu'à 7 ans		39.0050
Radiographie/Échographie/TDM/IRM avec produit de contraste pour les enfants jusqu'à 7 ans		39.0055

Exercice 8.10.6

Faites l'exercice du cas 15 au chapitre 8.12.

Exercice

Analyses de laboratoire

Pour pouvoir décompter un laboratoire de cabinet, respectivement pour pouvoir décompter les analyses d'un laboratoire de cabinet, le médecin doit disposer d'une formation complémentaire correspondante et du certificat de capacité Laboratoire de cabinet (CMPR). En outre, il faut respecter les directives pour le contrôle de qualité interne conformément au concept QUALAB.

Dans le laboratoire du cabinet, il est possible d'effectuer et de facturer à l'unité d'imputation toutes les analyses de la liste partielle 1 et 2 de la liste d'analyse dans le cadre du diagnostic en présence du patient (diagnostic d'analyses en laboratoire, effectué dans le laboratoire du cabinet médical en présence du patient). Les matériaux nécessaires pour l'analyse (par ex. les bandelettes de test Reflotron) sont déjà compris dans la liste d'analyse.

Si du sang est envoyé à un laboratoire externe, ni la prise de sang, effectuée par l'AM, ni l'analyse ne peuvent être décomptés. Dans ce cas, le laboratoire mandaté enverra directement la facture au patient. Toutes les analyses conformément à la liste d'analyse sont décomptées avec le code tarifaire «317».

Prélèvement sanguin

TARMED fait la différence entre des prélèvements sanguins veineux et capillaires et entre les fournisseurs de prestations (médecin ou personnel non médical). En fonction de la personne et de l'objectif du prélèvement sanguin, ce dernier peut être facturé ou non. Ce tableau vous en donne un aperçu :

AM pour diagnostic en présence du patient		AM pour laboratoire externe	Médecin pour diagnostic en présence du patient et laboratoire externe	Médecin pour diagnostic en présence du patient et laboratoire externe	Personnel non médical de laboratoires hospitaliers, laboratoires, officines de pharmacies
veineux	capillaire	veineux/capillaire	veineux	capillaire	veineux/capillaire
00.0715	00.0716	non facturable	00.0710, facturable comme composant de la consultation	non facturable	4701.00 (Liste des analyses de la Confédération)

Exercice

Exercice 8.10.7

Faites les exercices des cas 4 et 7 au chapitre 8.12.

Rapports

Dispositions générales

Chaque prestation doit être documentée sous forme adaptée (numérique ou papier).

La documentation et le rapport font partie intégrante de la prestation TARMED, qui vaut ici comme rémunération, même si aucun minutage n'est indiqué dans la position tarifaire au paramètre «Rapport». Cela vaut en particulier pour les rapports d'opérations, rapports/procès-verbaux concernant des interventions et prestations fournies avec des

appareils. Les exceptions et leurs tarifs sont cités dans le TARMED. Les certificats, rapports et courriers (correspondance entre médecins, etc.), rédigés par le spécialiste, doivent être nécessaires sur le plan médical et/ou administratif.

Sur demande, tous les rapports doivent être envoyés à l'assureur ou à son médecin-conseil, tout en garantissant le respect des dispositions de protection des données. Le premier envoi de copies de documents existants à la demande de l'assureur est gratuit, tout envoi supplémentaire peut être facturé (00.2260 et 00.2265).

Rapports sur formulaires – Définition et principes de facturation

Pour les rapports sur formulaires, le fournisseur de la prestation ne peut pas rédiger le rapport à sa convenance. L'assureur lui transmet un formulaire avec des questions précises, qu'il doit remplir en conséquence. Le renseignement demandé peut être fourni directement sur le formulaire. Les rapports sur formulaires peuvent toujours être facturés : 00.2205. Il existe un questionnaire pour une première consultation après un traumatisme d'accélération crânio-cervical (00.2215) et un questionnaire de l'AI (00.2230 et 00.2240).

Rapports non rédigés sur des formulaires – Définition et principes de facturation

Vaut comme rapport non rédigé sur un formulaire un rapport que le médecin peut rédiger à sa convenance. Il faut donc rédiger un texte individuel. La rémunération s'effectue en fonction de la longueur du rapport via des positions du TARMED spéciales ou comme composant des «prestations générales de base» (voir le tableau). C'est le nombre de ligne du bloc de texte qui est déterminant. Font partie du bloc de texte tous les nouveaux diagnostics ou les parties modifiées des diagnostics. Ne vaut par contre pas comme bloc de texte la citation de diagnostics existants, de données personnelles et d'adresses, l'entête, les salutations, les diplômes, etc.

jusqu'à 10 lignes	00.2255	Composant des «prestations générales de base», uniquement le temps nécessaire via les positions tarifaires du chapitre 00.01
de 10 à 35 lignes	00.2285	facturable
resp. par unités de 35 lignes supplémentaires	00.2295	facturable

Rapports comme composant des prestations générales de base

Les rapports/certificats/courriers suivants font partie des «prestations générales de base». Ici, il n'est pas possible de facturer des positions du TARMED pour les rapports. Le temps nécessaire peut être facturé avec les positions tarifaires du chapitre 00.01.

- Prescriptions de prestations médicales et techniques
- Ordres pour le personnel non médical (ordonnances comprises)
- Ordres pour les psychothérapeutes non médicaux
- Certificats d'incapacité de travail à l'attention de l'assureur
- Notifications aux patients
- Tous les autres petits rapports (jusqu'à 10 lignes de texte sur une feuille A4), dans la mesure où ils ne sont pas rédigés sur des formulaires

Exercice 8.10.8

Faites les exercices des cas 3 et 6 au chapitre 8.12.

Suppléments en cas d'urgence

Les consultations médicales et visites à domicile d'urgence sont réparties en deux niveaux dans le TARMED : **pressant et urgent**.

C'est la durée jusqu'au premier contact entre le médecin et le patient qui est ici déterminante.

Le traitement de patients, qui n'ont pas pris rendez-vous, ne vaut pas nécessairement comme pressant ou urgent et ne justifie pas dans tous les cas de facturer les suppléments correspondants.

Consultation urgente/Visite à domicile 00.2505

Si les conditions ci-dessous sont remplies, il est possible de facturer en supplément aux autres prestations du TARMED l'indemnité forfaitaire de dérangement en cas d'urgence 00.2505

- uniquement en dehors des horaires de consultation normaux et du lundi au vendredi de 19-22 heures, le samedi de 12-19 heures et le dimanche de 7-19 heures
- Qui est considéré comme médicalement nécessaire et/ou manifestement nécessaire
- Le spécialiste s'occupe du patient au plus tard en l'espace de 2 heures
- S'applique également aux visites en dehors du cabinet (dans un home, à domicile, sur le lieu de l'accident, etc.)
- Ne peut être facturé par les hôpitaux que pour les médecins qui ne touchent pas une rémunération fixe de l'hôpital.
- Ne s'applique pas aux prestations fournies à l'hôpital

Consultation/visite à domicile d'urgence du médecin

Les suppléments suivants peuvent être facturés – dans certaines conditions – lors de la facturation d'une urgence ambulatoire :

- **Indemnité forfaitaire de dérangement en cas d'urgence**
- **% de supplément pour les prestations médicales (PM)**

Indemnité forfaitaire pour dérangement en cas d'urgence,

00.2510 – 00.2520 – 00.2540

- Qui est considéré comme médicalement nécessaire et/ou manifestement nécessaire
- Le spécialiste s'occupe immédiatement et sans retard du patient
- S'applique également aux visites en dehors du cabinet (dans un home, à domicile
- sur le lieu de l'accident, etc.)
- Ne peut être facturé par les hôpitaux que pour les médecins qui ne touchent pas
- une rémunération fixe de l'hôpital
- Ce qui suit s'applique pour les interventions à l'hôpital : Le spécialiste quitte l'hôpital
- pour une intervention urgente imprévue.

% de supplément pour cas d'urgence, **00.2530 – 00.2550**

- Qui est considéré comme médicalement nécessaire et/ou manifestement nécessaire
- Le spécialiste s'occupe **immédiatement et sans retard** du patient
- S'applique également aux visites en dehors du cabinet (dans un home, à domicile, sur le lieu de l'accident, etc.)
- Ne peut être facturé par les hôpitaux que pour les médecins qui ne touchent pas une rémunération fixe de l'hôpital
- Ne s'applique pas aux interventions qui ont lieu à l'hôpital
- Supplément pour les prestations médicales (PM) de toutes les positions du TARMED, facturées pour le traitement du cas d'urgence

Ici, c'est le moment (jour de la semaine/heure) de la consultation d'urgence ou de la visite à domicile d'urgence qui est déterminant pour savoir quels sont les suppléments qui peuvent être facturés. Le tableau ci-dessous vous fournit un aperçu.

Lundi – Vendredi		
7h00 – 19h00	19h00 – 22h00	22h00 – 7h00
« Urgence A »	« Urgence B »	« Urgence C »
00.2510	00.2520 + 00.2530	00.2540 + 00.2550
Samedi		
07h00 – 12h00	12h00 – 22h00	22h00 – 7h00
« Urgence A »	« Urgence B »	« Urgence C »
00.2510	00.2520 + 00.2530	00.2540 + 00.2550
Dimanche		
7h00 – 22h00	22h00 – 7h00	
« Urgence B »	« Urgence C »	
00.2520 + 00.2530	00.2540 + 00.2550	

Traitement dans le service des urgences de l'hôpital **35.0610**

Si un patient se présente au service des urgences reconnu d'un hôpital, ce dernier peut facturer une contribution forfaitaire d'entrée sous la position du TARMED 35.0610. Si l'hôpital effectue un traitement ultérieur stationnaire, cette facturation n'est pas autorisée.

Consultation d'urgence par téléphone **00.2560, 00.2570, 00.2580, 00.2590**

Il est également possible de facturer des indemnités forfaitaires pour dérangement en cas de consultations d'urgence par téléphone (00.2560, 00.2580) et % de supplément (00.2570, 00.2590). Les points suivants sont ici les conditions requises dans ce cas :

- Qui est considéré comme médicalement nécessaire et/ou manifestement nécessaire
- Le spécialiste s'occupe immédiatement et sans retard du patient au téléphone
- Pour des entretiens dans et en dehors du propre cabinet médical
- Ne peut être facturé par les hôpitaux que pour les médecins qui ne touchent pas une rémunération fixe de l'hôpital. % de supplément pour les prestations médicales (PM) de la position du TARMED pour les consultations par téléphone
- C'est le moment de la consultation d'urgence par téléphone qui est déterminant pour savoir quel est le supplément qui peut être facturé. Le tableau ci-dessous vous fournit un aperçu.
- Si une visite à domicile ou une consultation a lieu dans le cabinet en l'espace de 60 minutes après la consultation d'urgence par téléphone, il est possible de facturer les positions du TARMED 00.2540 ou 00.2550 au lieu de 00.2580 ou 00.2590.

Lundi – Vendredi		
7h00 – 19h00	19h00 – 22h00	22h00 – 7h00
	«Urgence D»	«Urgence E»
Pas de supplément	00.2560 + 00.2570	00.2580 + 00.2590
Samedi		
07h00 – 12h00	12h00 – 22h00	22h00 – 7h00
	«Urgence D»	«Urgence E»
pas de supplément	00.2560 + 00.2570	00.2580 + 00.2590
Dimanche		
7h00 – 22h00		22h00 – 7h00
«Urgence D»		«Urgence E»
00.2560 + 00.2570		00.2580 + 00.2590

Exercice

Exercice 8.10.9

Faites l'exercice du cas 14 au chapitre 8.12.

ATTENTION

Ne pas confondre les prestations techniques de base et les prestations techniques (PT)! Les prestations techniques de base sont différentes positions du TARMED qui, comme décrit ci-dessus, servent à rémunérer les temps d'attente dus à des raisons techniques. Les prestations techniques (PT) quant à elles ne sont que des composants de différentes positions tarifaires. Il s'agit d'un nombre de points tarifaires cités dans une PT, servant à couvrir les frais de personnel, les frais d'exploitation, la ventilation des coûts et les frais d'amortissement des installations.

Pour une meilleure compréhension, vous trouverez ci-dessous un exemple de prestation technique (PT) selon IG-42 :

The screenshot shows the TARMED software interface. On the left is a tree view of medical services, and on the right is a detailed view of a specific service.

Service Details:

- Code:** 01.0220
- Description:** + Supplément pour plâtre de marche lors de bandages durcissants

Valeur de la position

Valeur intrinsèque quant.	Valeur intrinsèque qual.	Unité fonctionnelle	Cl.
FNH06	9999 : Toutes les valeurs intrinsèques	Salle de plâtre	

PM (assistance comprise) [PT]

Assistance	Nombre d'assistances	Prestation au sens restreint [min.]	Préparation
28.48	0.00	12.00	

PT [PT]

Occupation du local [min.]	Changement [min.]	+/- PM	+/- PT
70.30	22.00	0.00	0.00

Total PM : 12 minute(s)

Règles

La position suivante / une des positions suivantes est nécessaire pour cette position

- 01.0210 Bandages durcissants (bandages circulaires et attelles), catégorie I
- 01.0260 Bandages durcissants (bandages circulaires et attelles), catégorie II
- 01.0270 Bandages durcissants (bandages circulaires et attelles), catégorie III

Cliché de contrôle

Les clichés de contrôle après des prestations thérapeutiques peuvent être facturés avec la position tarifaire 39.0090. Cette position du TARMED permet de facturer encore une fois une imagerie déjà effectuée à 100 %, indépendamment d'une limitation quantitative.

Toutes les prestations d'imagerie, autorisant une nouvelle facturation, c.-à.-d. qui autorisent de tels clichés de contrôle, sont regroupées dans le groupe de prestations GP-06.

Exercice

Exercice 8.10.10

Faites les exercices des cas 10, 12 et 13 au chapitre 8.12.

Examen par un spécialiste

Dans le TARMED, il existe plusieurs positions tarifaires regroupant différents examens par des spécialistes. La liste ci-dessous ne prétend pas être exhaustive :

- **00.0410** Petit examen par le spécialiste pour les soins de base
- **00.0420** Examen approfondi par le spécialiste pour les soins de base
- **00.0430** Petit examen de rhumatologie par le spécialiste en rhumatologie, de médecine physique et de réadaptation
- **00.0440** Examen approfondi de rhumatologie par le spécialiste en rhumatologie, de médecine physique et de réadaptation
- **03.0010** Examen par le spécialiste en pédiatrie pour les enfants/adolescents jusqu'à 18 ans
- **04.0010** Examen par le spécialiste en dermatologie
- **07.0010** Examen par le spécialiste en chirurgie maxillaire et faciale
- **09.0010** Examen par le spécialiste ORL
- **22.0010** Examen par le spécialiste en gynécologie et obstétrique
- **24.0010** Examen par le spécialiste en orthopédie ou en chirurgie

Pour ces positions du TARMED, il faut obligatoirement veiller à l'interprétation. Vous y trouverez des descriptions plus ou moins détaillées des prestations qu'elles contiennent et souvent aussi dans quelles conditions la position correspondante du TARMED peut être facturée.

Un «petit examen par le spécialiste pour les soins de base» (00.0410) peut par exemple être facturé uniquement si au minimum tous les points cités dans l'interprétation sont effectués :

INTERPRÉTATIONS

La prestation comprend au minimum les points suivants :

- Pondération et éventuellement la durée
- Évaluation générale à titre d'orientation
- Peau superficiellement, bouche/dents, pharynx/gorge, tympan (enfants)
- Examen physique des organes thoraciques
- Pouls, tension artérielle (adultes)
- Examen physique de l'abdomen

Si les conditions requises pour la facturation de la position respective du TARMED ne sont pas remplies, il est possible de facturer à la place le temps nécessaire via les positions en vigueur pour les consultations.

8.11. Codes de diagnostics

1	Code principal	
A.	Système cardio-vasculaire	
A	1	Malformations cardiaques/valvules
A	2	Maladies coronariennes, y compris infarctus du myocarde
A	3	Troubles du rythme cardiaque
A	4	Hypertension artérielle
A	5	Artères
A	6	Veines (y compris varices)
A	7	Vaisseaux lymphatiques y compris œdème lymphatique
A	9	Autres maladies du système cardio-vasculaire
B.	Sang/moelle osseuse/rate	
B	1	Anémie
B	2	Troubles de la coagulation
B	3	Maladies de la moelle osseuse et du sang
B	4	Rate / ganglion lymphatique/système immunitaire
B	9	Autres maladies de la moelle osseuse/du sang/de la rate
C.	Poumons/Voies respiratoires	
C	1	Asthme
C	2	Bronchite chronique
C	3	Embolie pulmonaire
C	4	Poumons/plèvre sans tuberculose
C	9	Autres maladies de l'appareil respiratoire
D.	Squelette/Appareil locomoteur	
D	1	Muscles/tendons
D	2	Articulations/ligaments/bourse sans D3
D	3	Arthrite/M. Bechterew
D	4	Arthrose
D	5	Colonne vertébrale sans D3
D	9	Autres maladies de l'appareil locomoteur
E.	Tube digestif	
E	1	Œsophage/estomac/duodénum, ulcères compris
E	2	Intestin (intestin grêle/colon)
E	3	Rectum/anus, hémorroïdes comprises
E	4	Foie/voies biliaires/vésicule biliaire
E	5	Pancréas, diabète exclu
E	6	Diaphragme
E	7	Hernies
E	9	Autres maladies du tube digestif
F.	Métabolisme	
F	1	Métabolisme glucidique
F	2	Maladies de la glande thyroïde
F	9	Autres maladies du métabolisme
G.	Maladies infectieuses et parasitaires	
G	1	Infection banale

G	2	Tuberculose
G	3	Hépatite virale
G	9	Autres maladies infectieuses ou parasitaires
H.	Reins et voies urinaires	
H	1	Rein/insuffisance rénale (dialyse/transplantation)
H	2	Calculs rénaux
H	3	Voies urinaires
H	9	Autres maladies des reins et des voies urinaires
I.	Organes génitaux	
I	1	Organes génitaux masculins
I	2	Vulve, vagin, petit bassin
I	3	Utérus
I	4	Annexes
I	5	Troubles du cycle menstruel
I	6	Maladies de la glande mammaire
I	7	Stérilisation
I	9	Autres maladies des organes génitaux
K.	Grossesse/Stérilité	
K	1	Grossesse à risque normal
K	2	Grossesse avec complications
K	3	Stérilité et insémination artificielle
L.	Système nerveux	
L	1	Cerveau/moelle épinière
L	2	Nerfs périphériques
L	3	Paralysie/ataxie
L	4	Migraine et équivalents
L	5	Épilepsie
L	9	Autres maladies du système nerveux
M.	Maladies psychiques	
M	1	Troubles du sommeil
M	2	Maladies psychiques
M	3	Maladies psycho-organiques
N.	Peau	
N	1	Maladies allergiques de la peau, eczéma exclu
N	2	Maladies inflammatoires/infectieuses de la peau
N	3	Eczéma
N	4	Maladies vasculaires/dégénératives de la peau
N	5	Psoriasis/hyperkératoses
N	6	Cicatrices
N	9	Autres maladies de la peau
O.	Gorge/Nez/Oreilles	
O	1	Nez
O	2	Sinus nasal
O	3	Cavité buccale, glandes salivaires
O	4	Amygdales/adénoïdes
O	5	Larynx/trachée
O	6	Malformations du nez et des oreilles
O	7	Oreille moyenne/trompe d'Eustache

O	8	Oreille interne
O	9	Autres maladies ORL
P.	Oeil	
P	1	Paupière/conjonctive
P	2	Lentille/cornée/corps vitré
P	3	Iris/glaucome
P	4	Rétine/nerf optique/vaisseaux
P	5	Muscle oculomoteur/strabisme
P	9	Autres maladies des yeux
Q.	Dents/Mâchoire	
Q	1	Kyste
Q	2	Abcès dentaire
Q	3	Fibromes
Q	9	Autres maladies de la mâchoire ou dentaires
R.	Accident/conséquences de l'accident	
R	1	Tête/colonne vertébrale
R	2	Thorax
R	3	Abdomen
R	4	Extrémités supérieures
R	5	Extrémités inférieures
S.	Prestations non prises en charge par l'assurance-maladie	
T.	Mesures préventives	
T	1	Examen préventif
T	2	Vaccins
U.	Orientation Médecin conseil (à la place du diagnostic)	
2	Codes supplémentaires	
		Plusieurs indications sont possibles, si nécessaire.
01		À droite
02		À gauche
03		Aigu
04		Chronique/récidive
05		Infectieux
06		Fonctionnel
07		Néoplasie
08		Raisons professionnelles

8.12. Exercices

Cas 1

Un homme de 35 ans arrive au cabinet du Dr Jans, spécialiste en médecine générale avec de la fièvre et des maux de gorge.

Date	Étape	Temps nécessaire
1. Consultation	Accueil, anamnèse et examen	8 minutes
	Frottis de streptocoques pour diagnostic rapide	5 minutes
	Discussion et conseils thérapeutiques	5 minutes
	Prescription d'un antibiotique	1 Minute
2. Consultation	Discussion sur l'évolution et contrôle des résultats cliniques, fin	9 minutes

Code de diagnostic : O4

Cas 2

Une femme âgée a une plaie chronique au niveau du pied (pied diabétique) de 15cm². La plaie doit être traitée régulièrement au cabinet.

Date	Étape	Temps nécessaire
1. Consultation	Contrôle de la plaie par le médecin (généraliste)	5 minutes
	Parler de la façon de procéder à l'avenir avec la patiente	5 minutes
	Traitement de la plaie et changement de pansement par l'AM	15 minutes
	Injection de Fraxiparine par l'AM	2 minutes

Code de diagnostic : F1

Cas 3

Une adolescente de 14 ans, souffrant éventuellement de boulimie, se rend chez un spécialiste en psychiatrie pour une première consultation.

Date	Étape	Temps nécessaire
1. Consultation	Lecture préalable des dossiers tiers	20 minutes
	Entretien avec le psychiatre	55 minutes
	Rapport au médecin de famille, 41 lignes	18 minutes

Code de diagnostic : U

Cas 4

Un homme de 59 ans se rend chez son médecin de famille en raison d'un état de fatigue constant.

Date	Étape	Temps nécessaire
1. Consultation	Accueil et anamnèse	9 minutes
	Prélèvement sanguin par du personnel non médical	2 minutes
	Hémogramme I	5 minutes
	Etablissement d'une ordonnance	1 Minute

Code de diagnostic : B1

Cas 5

Un homme de 45 se plaint de douleurs thoraciques, survenant en cas d'efforts physiques. Le médecin de famille l'envoie chez un cardiologue pour un consilium.

Date	Étape	Temps nécessaire
1. Consultation	Consilium	90 minutes
	Étude du dossier médical	25 minutes
	ECG	4 minutes
	ECG d'effort	40 minutes
	Rapport au médecin de famille, 60 lignes	22 minutes

Code de diagnostic : A9

Cas 6

Une femme de 52 ans doit passer une IRM du genou droit dans un institut de radiologie. Elle devra également subir une arthrographie de ce genou.

Date	Étape	Temps nécessaire
	IRM du genou droit	30 minutes
	Arthrographie du genou droit	15 minutes
	Rapport de diagnostic	13 minutes

Code de diagnostic : D9

Cas 7

Une femme de 29 ans, présentant des symptômes grippaux, se rend chez son médecin de famille, le Dr Meyer, spécialiste en médecine interne.

Date	Étape	Temps nécessaire
1. Consultation	Accueil, anamnèse et examen	12 minutes
	Prélèvement sanguin par du personnel non médical	1 Minute
	Protéine C-réactive	
	Hémogramme III	
	Remise de médicaments par le médecin	1 Minute

Code de diagnostic : G9

Cas 8

Un homme d'affaires de 43 ans se fait vacciner contre l'hépatite A et B avant un voyage à l'étranger. Aujourd'hui, il se rend chez son médecin de famille pour le rappel du vaccin. Deux jours après la vaccination, le patient ne se sent pas bien. Il se renseigne par téléphone sur la façon de procéder.

Date	Étape	Temps nécessaire
1. Consultation	Accueil et anamnèse	4 minutes
	Injection de Twinrix	1 Minute
2. Consultation	Entretien téléphonique	5 minutes

Code de diagnostic : T2

Cas 9

Une femme de 29 ans se rend chez le généraliste, Dr Wolfgang Messi, pour des douleurs lors de la miction. Après une analyse d'urine, le médecin diagnostique une cystite, qui doit être traitée avec des antibiotiques.

Date	Étape	Temps nécessaire
1. Consultation	Accueil et anamnèse	8 minutes
	Examen partiel d'urine par l'AM	5 minutes
	Discussion et conseils thérapeutiques	5 minutes
	Remise de l'antibiotique Bactrim forte	1 Minute
2. Consultation	Discussion sur l'évolution et contrôle des résultats cliniques, fin	5 minutes

Code de diagnostic : H3

Cas 10

Une fillette de 5 ans a eu un accident de ski lundi après-midi et elle se plaint maintenant de douleurs au poignet gauche et au coude gauche. Une heure après que la mère a appelé le cabinet médical le plus proche (spécialiste en orthopédie), la fille est examinée par le médecin présent.

Date	Étape	Temps nécessaire
1. Consultation	Accueil, anamnèse et examen	10 minutes
	Radiologie du poignet gauche (cliché de face et latéral)	12 minutes
	Radiologie du coude gauche (cliché de face et latéral)	13 minutes
	Remise et pose d'une attelle confectionnée pour le poignet	6 minutes

Code de diagnostic : R4

Cas 11

Un homme de 70 ans est envoyé chez le Dr Kinski, spécialiste en gastro-entérologie, par son médecin de famille, pour suspicion d'inflammation du gros intestin. Le spécialiste procède à une coloscopie. Pour calmer le patient, le personnel non médical lui administre un médicament pendant l'examen.

Date	Étape	Temps nécessaire
1. Consultation	Accueil et constatation des symptômes	10 minutes
	Étude de dossiers tiers	13 minutes
	Entretien préliminaire avant l'intervention diagnostique	8 minutes
	Coloscopie intégrale, frottis avec une brosse compris	35 minutes
	Accès vasculaire par du personnel non médical et administration du sédatif	2 minutes

Code de diagnostic : E2

Cas 12

Un homme de 57 ans souffre depuis quelques temps de rétention d'eau dans les jambes. Il souffre éventuellement d'insuffisance veineuse. Le médecin de famille l'envoie donc chez le Dr Leu, spécialiste de médecine interne et de maladies vasculaires (angiologie).

Date	Étape	Temps nécessaire
1. Consultation	Accueil et anamnèse	7 minutes
	Traitement par le spécialiste en angiologie	13 minutes
	Échographie Doppler des deux jambes	27 minutes
	Rapport au médecin de famille, 29 lignes	9 minutes

Code de diagnostic : A6

Cas 13

Une femme enceinte de 6 mois, vient consulter son gynécologue pour un contrôle de grossesse.

Date	Étape	Temps nécessaire
1. Consultation	Accueil et constatation des symptômes	5 minutes
	Contrôle de grossesse	9 minutes
	Mesure du col par ultrasons	10 minutes
	Examen partiel de l'urine	

Code de diagnostic : K1

Cas 14

Un cuisinier amateur de 49 ans se coupe la main en préparant des légumes. La plaie ouverte saigne énormément.

L'accident se produit un dimanche, peu avant midi. La plaie, d'une longueur de 4 cm, doit être soignée par le médecin. Heureusement, aucun vaisseau, nerf, tendon, muscle etc. n'est concerné. Le médecin de famille (généraliste) est joignable et le reçoit immédiatement.

Deux semaines après l'accident, le patient doit retourner chez le médecin pour retirer les fils.

Date	Étape	Temps nécessaire
1. Consultation	Accueil et constatation des symptômes	4 minutes
	Nettoyage et soins de la plaie	15 minutes
	Pose du pansement	2 minutes
	Injection d'un vaccin contre le tétanos (Tétanol pur)	1 Minute
2. Consultation	Accueil et contrôle de la plaie	2 minutes
	Ablation des fils et soins de la plaie	4 minutes

Code de diagnostic : R4

Cas 15

Un bébé de 3 mois ne prend du poids que très lentement bien qu'il boive apparemment toujours jusqu'à ce qu'il soit rassasié. Sa mère l'allaita et ne sait donc pas combien le bébé boit exactement. Elle a des doutes et prend rendez-vous chez le pédiatre.

Date	Étape	Temps nécessaire
1. Consultation	Accueil et constatation des symptômes	13 minutes
	Examen par un spécialiste	15 minutes
	Conseils de développement pédiatrique	9 minutes

Code de diagnostic : U

Cas 16

Un médecin de famille a envoyé un patient de 51 ans chez un pneumologue pour examiner des troubles respiratoires. Le médecin de famille reçoit maintenant le rapport du pneumologue et clarifie les derniers points dans le cadre d'un entretien téléphonique avec le pneumologue.

Date	Étape	Temps nécessaire
1. Date	Lecture du rapport	10 minutes
	Entretien téléphonique avec le spécialiste en pneumologie	8 minutes

Code de diagnostic : C9

Cas 17

Une femme de 92 ans habite dans un endroit relativement isolé et ne peut plus se déplacer toute seule. Elle se sent très mal et demande à son médecin de famille de venir chez elle pour une consultation à domicile. Le médecin termine les consultations pour les patients présents au cabinet et se rend ensuite chez cette dame. Le trajet du cabinet au domicile de la patiente dure 35 minutes.

Date	Étape	Temps nécessaire
1. Visite	Accueil et constatation des symptômes	16 minutes
	Petit examen par le spécialiste pour les soins de base	13 minutes
	Remise d'une préparation multivitaminée (la patiente paie directement la préparation au médecin car il ne s'agit pas d'une prestation obligatoire de l'assureur.)	1 Minute
Après le retour au cabinet	Transfert pour des conseils collégiaux avec un cardiologue	21 minutes

Code de diagnostic : A9

Cas 18

Un homme de 68 ans souffre de maux d'estomac et de légers vertiges. Il demande conseil à son médecin de famille pour savoir quel médicament il peut prendre pour que les douleurs cessent. Cet homme prend différents médicaments car il souffre de maladies chroniques. Il veut être sûr qu'il n'y ait pas d'interactions médicamenteuses indésirables.

Date	Étape	Temps nécessaire
1. Conversation téléphonique	Conseils au patient par téléphone	12 minutes

Code de diagnostic : E1

8.13. Forfaits Tarmed – Tarif 002

La plupart des prestations du TARMED n'ont plus été ajustées depuis le lancement du TARMED en 2004. Les progrès techniques et les temps plus courts nécessaires pour les traitements n'ont donc pas été pris en compte pour la facturation selon le TARMED. Les assureurs ou leurs associations faîtières et les différents fournisseurs de prestations ont donc négocié des conventions forfaitaires pour certaines interventions/certains traitements ambulatoires. Le calcul de l'indemnité forfaitaire s'effectue sur la base des prestations individuelles du TARMED, moins un pourcentage défini.

Ces indemnités forfaitaires présentent des avantages pour les deux parties : des coûts inférieurs pour les assureurs et moins de travail administratif pour les fournisseurs de prestations.

1. Le Forum Échange de données a attribué le numéro tarifaire 002 aux indemnités forfaitaires du Tarmed.
2. Les chiffres tarifaires se composent de 11 chiffres, sachant que les numéros sont divisés selon un système précis : Les quatre premiers chiffres sont appelés numéro OFSP de l'assureur qui a conclu l'indemnité forfaitaire (0001 pour santésuisse). Les quatre chiffres du milieu représentent la prestation (p. ex. 0110 cataracte, 0120 glaucome, etc.). Les trois derniers chiffres n'ont aucune signification particulière et sont toujours identiques.
3. Nombre de traitements/d'interventions effectués
4. Le montant total convenu contractuellement correspond toujours au nombre de points tarifaires PM
5. La valeur du point tarifaire PM s'élève toujours à CHF 1.-
6. Le montant correspond à l'indemnité forfaitaire convenue contractuellement ou est calculé comme suit :

$$\begin{aligned} &\text{Nombre de points tarifaires (PT)} \times \text{valeur du point tarifaire (VPT)} \\ &= \text{montant de la prestation en francs} \end{aligned}$$

8.14. Indemnisation des frais de cabinet (IFC)

Les assureurs AA, AM et AI se sont mis d'accord pour réintroduire l'indemnisation des frais de cabinet à compter du 1er juillet 2012.

Traitements ambulatoires

Pour des opérations ambulatoires sur des patients AA, AM, AI, les médecins agréés et médecins agréés en anesthésie peuvent facturer les positions suivantes en plus des prestations du TARMED :

50.0100 : PM = 2.49 PT/min. (Médecin agréé)
50.0110 : PM = 2.49 PT/min. (Assistant du médecin agréé)
50.0120 : PM = 01:10 PT/min. (Médecin agréé en anesthésie)

- La durée facturable est la durée fixée dans le TARMED pour...
- ...la prestation au sens propre, la préparation et finition ainsi que le rapport (50.0100)
- ...la prestation au sens propre ainsi que la préparation et finition (50.0110)
- ...la prestation au sens propre (50.0120)
- Uniquement pour des traitements opératoires/interventions à l'hôpital
- Uniquement pour les médecins qui ne touchent pas de rémunération fixe de l'hôpital
- Uniquement pour les patients AA, AM et AI
- 50.0110 uniquement facturable quand une assistance est prévue dans le TARMED et que l'assistant était effectivement présent

Traitements stationnaires

Le médecin agréé ou le médecin agréé en anesthésie est indemnisé directement par l'hôpital.

8.15. Glossaire

Terme	Signification
Valeur intrinsèque quantitative	Classes de valeur intrinsèque, gradation de FMH 5 à FMH 12.
Valeur intrinsèque qualitative	Titre de spécialiste FMH/attestation de formation complémentaire (donne au médecin le droit de facturer les prestations concernées).
Unité fonctionnelle	Lieu du cabinet médical ou de l'hôpital où un groupe de prestations déterminées sont fournies. Chaque unité est caractérisée par son infrastructure particulière (local, appareils fixes et mobiles) et ses effectifs de personnel non médical. Pour certaines unités fonctionnelles (salle d'opération par exemple), une reconnaissance en vertu du «Concept pour la reconnaissance des unités fonctionnelles selon le TARMED» est exigée.
Classe de risque anesthésique	Répartition des prestations d'anesthésie en quatre niveaux (I à IV) en fonction du type de prestation médicale et du risque anesthésique.
PM	Prestation médicale : Indemnisation de l'activité médicale (y compris l'assistance) calculée en points tarifaires.
Assistance	Indemnisation de l'activité d'assistance, calculée en points tarifaires. L'assistance est comprise dans la prestation médicale (PM) et n'est mentionnée qu'à titre d'information. Le nombre de points tarifaires est calculé pour l'ensemble de l'activité d'assistance, quel que soit le nombre de personnes qui y participent.
Dotation d'assistance	Nombre des assistants pris en considération pour le calcul tarifaire. Dans le TARMED deux assistants au plus sont tarifés.
Prestation au sens restreint	Minutage tarifaire du médecin pour le traitement du patient (correspond par exemple à la durée incision-suture pour une prestation chirurgicale en salle d'opération). Ce temps est également valable pour une éventuelle assistance.
Préparation et finition	Minutage tarifaire du médecin pour la préparation et la finition (habillage stérile, etc.) liées à la prestation. Ce temps s'applique également à une éventuelle assistance.
Rapport	Minutage tarifaire du médecin pour la rédaction du rapport.
Temps supplémentaire médical lié à la prestation	Minutage tarifaire de l'activité en salle d'intervention / de préparation déployée en lien direct avec la prestation au sens restreint, avant et après l'intervention, en règle générale au chevet du patient ou en l'absence de celui-ci (positionnement, délimitation du champ opératoire, contrôle radiographique, etc.). Ce paramètre n'est pour l'instant pas appliqué dans le cadre du TARMED.
PT	Prestation technique : Indemnisation de l'infrastructure (y compris le personnel non médical) en points tarifaires.
Temps d'occupation du local	Minutage tarifaire du temps d'utilisation de l'infrastructure par le patient pour recevoir la prestation.
Temps d'attente	Minutage tarifaire pour la préparation etc. de l'infrastructure entre deux patients (nettoyage, réorganisation, etc.) par séance.
Interprétation médicale	Remarques médicales au sujet de la prestation concernée.

Terme	Signification
Interprétation technique	Remarques complémentaires concernant la facturation de la prestation concernée.
Interprétation	Dès la version tarifaire 1.04 les cases interprétation médicale et interprétation technique sont réunies dans la case interprétation.
Règles	Dispositions obligatoires en matière de facturation relatives à l'âge des patients, à la limitation du nombre de prestations, au côté où est fournie la prestation et aux prescriptions légales.
Non cumulable avec	Dans le cadre d'une seule et même séance, la prestation concernée ne peut pas être facturée conjointement avec les prestations/chapitres/ groupes de prestations mentionnés sous «non cumulable avec».
Cumulable uniquement avec	Dans le cadre d'une seule et même séance, la prestation concernée ne peut être facturée conjointement qu'avec les prestations/chapitres/ groupes de prestations mentionnés sous «cumulable uniquement avec». (liste exhaustive des cumuls admis)
Cumulable avec	Aucune règle : pas de liste exhaustive des cumuls admis, uniquement indication d'autres prestations éventuellement fournies.
Sexe	Limitation de l'indemnisation liée au sexe du patient : sexe féminin uniquement; sexe masculin uniquement; pas de limitation.
Type de prestation	On distingue cinq types de prestations : <ul style="list-style-type: none"> • Prestations principales : elles peuvent être facturées seules. • Prestations additionnelles dont la désignation est précédée d'un signe «+» ou «-» : elles ne peuvent pas être facturées seules, mais uniquement avec la prestation principale à laquelle elles sont liées. • Prestations additionnelles dont la désignation est précédée d'un signe entre parenthèses «(+)» ou «(-)» : elles peuvent être facturées avec plusieurs prestations principales non spécifiées. • Prestation de référence : prestation principale; lors de la facturation, une prestation de référence doit impérativement être indiquée. • Prestations pour mémoire : prestations non tarifées, dont la facturation s'effectue au moyen des positions tarifaires du chapitre 00.01 «Prestations de base générales».
Type de traitement	Limitation de l'indemnisation en fonction du type de traitement : <ul style="list-style-type: none"> • ambulatoire : prestation facturable uniquement dans le cadre d'un traitement ambulatoire. • stationnaire : prestation facturable uniquement dans le cadre d'un traitement stationnaire. • pas d'indication : aucune limitation concernant l'indemnisation.
Facteur de supplément, de réduction PM	La facturation de certaines prestations principales et additionnelles s'effectue au moyen de majorations ou de réductions en pourcent. Ces majorations ou réductions en pourcent de la partie médicale de la prestation (PM) sont indiquées en décimales. A ce sujet, voir également l'interprétation générale IG-11.
Facteur de supplément, de réduction PT	La facturation de certaines prestations principales et additionnelles s'effectue au moyen de majorations ou de réductions en pourcent. Ces majorations ou réductions en pourcent de la partie technique de la prestation (PT) sont indiquées en décimales. A ce sujet, voir également l'interprétation générale IG-11.
Groupes de prestations (GP)	Les groupes de prestations réunissent des prestations présentant une caractéristique commune bien définie sur le plan tarifaire, voir également IG-47.

Terme	Signification
Blocs de prestations (BP)	Un bloc de prestations regroupe les prestations qui ne peuvent être cumulées qu'entre elles (et donc avec aucune autre position du tarif) pour une même séance, voir également IG-45.
Décisions de la CPI	Le cas échéant, référence à une décision de la CPI ayant une importance pour la position concernée.
Trustcenter	Un Trustcenter est centre régional de collecte des données, qui collecte et analyse les données de facturation à des fins statistiques. Il peut également transmettre des copies électroniques des factures aux assureurs et les assureurs peuvent leur demander des factures électroniques. Les Trustcenter appartiennent aux médecins.
CIP	Commission paritaire d'interprétation
IFC	Indemnisation des frais de cabinet
CPT	Commission paritaire tarifaire
Valeurs intrinsèques qualitatives	FMH Titre postgradué/Certificat de capacité
PaKoDig	Commission de contrôle paritaire de la banque de données des valeurs intrinsèques

Feuille réponse TARMED pour les exercices du cours

[illegible]

Remarques concernant la facturation

Assurances sociales et facturation

Version destinée aux apprentis : ISBN 978-3-9523441-5-6

Version destinée aux enseignants : ISBN 978-3-9523441-9-4

© Bieri & Weder GmbH, Medizinischer Lehrmittelverlag

Édition 2017

Printed in Switzerland

www.myMPA.ch