



Assurances personnelles en Suisse

Traduction en français de la troisième édition en allemand remaniée et actualisée 2019



Swiss Insurance Medicine
Versicherungsmedizin Schweiz
Médecine des assurances suisse
Medicina assicurativa svizzera

Adresse de l'auteur:

Dr méd. Bruno Soltermann,
MAS en médecine des assurances
Président de la Commission de formation
post-graduée et continue de la SIM

Swiss Insurance Medicine
c/o Medworld AG
Sennweidstrasse 46
6312 Steinhausen

La présente édition 2019 en langue française est la traduction de la troisième édition en allemand remaniée et actualisée 2019. Cette version est la première édition en langue française.

Je remercie vivement Mme Dr iur Iris Herzog-Zwitter, chargée de la formation à la SIM pour la Suisse alémanique, Mme lic. iur Corinne Zbären, avocate et directrice suppléante du domaine Assurance-Invalidité et M. lic. iur Marc Aimann, avocat, division formation/communication de l'assurance militaire d'avoir revu le manuscrit de la deuxième édition en langue allemande en 2018, ainsi que pour leurs précieuses suggestions.

1	Introduction	4
2	Système d'assurance en Suisse	5
2.1	Généralités	5
2.2	Assurances sociales	5
2.2.1	Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA)	5
2.2.1.1	Définitions de termes généraux	6
2.2.1.2	Prestations en espèces	7
2.2.1.3	Procédures en matière d'assurances sociales	8
2.2.1.4	Délais	8
2.2.2	Assurance-maladie (AMal selon LAMal)	9
2.2.3	Assurance-accidents selon la LAA	9
2.2.4	Assurance militaire (AM/LAM)	10
2.2.5	Assurance-invalidité (AI/LAI)	10
2.2.6	Prévoyance professionnelle (LPP)	11
2.2.7	Assurance-vieillesse et survivants (AVS/LAVS)	11
2.2.8	Prestations complémentaires (PC/LPC)	12
2.2.9	Allocations pour perte de gain / Allocation de maternité (APG/AMat)	12
2.2.10	Assurance-chômage (AC/LACI)	12
2.2.11	Allocations familiales (AF)	13
2.3	Modèle des trois piliers de la prévoyance vieillesse suisse ou en cas de perte partielle ou totale de la capacité de gain	13
2.4	Assurances privées	14
3	Organisation et tâches des assurances	15
3.1	Autorités de surveillance	15
3.2	Assurance-maladie selon la LAMal	15
3.3	Assurance-accidents selon la LAA	15
3.4	Assurance-invalidité	16
3.5	Assurance militaire	16
3.6	Prévoyance professionnelle	17
3.7	Assurances privées	17
4	Prestations des différentes branches d'assurance	18
4.1	Assurance-maladie selon la LAMal	18
4.2	Assurance-accidents selon la LAA	20
4.3	Assurance-invalidité	22
4.4	Assurance militaire	24
4.5	Prévoyance professionnelle	25
4.6	Assurances privées	26
5	Bibliographie	27

1 Introduction

Cette brochure donne un aperçu du système suisse d'assurance tant dans le domaine des assurances sociales que privées. Un aperçu qui ne peut être bref, car, comme le dit très bien Riemer-Kafka (2014), le système d'assurances sociales suisses est devenu un conglomérat difficile à comprendre et peu cohérent au cours de son histoire centenaire. La coexistence des diverses branches d'assurances sociales engendre des redondances, de délicates questions de coordination et aussi des problèmes de délimitation pouvant prêter à litige. Les prestations offertes par les diverses branches d'assurances sociales peuvent, du fait de leur diversité, conduire à des incitations inopportunes ou privilégier certains cercles d'assurés.

Bien que le réseau d'assurances sociales suisse soit bien développé, il existe des lacunes ou des besoins supplémentaires couverts par les assurances privées.

2 Système d'assurance en Suisse

2.1 Généralités

En Suisse, il existe 10 branches d'assurances sociales qui prennent en charge les coûts des traitements ambulatoires ou hospitaliers, des médicaments ainsi que des moyens et objets en cas de maladie, maternité, accident, décès, invalidité ou vieillesse. Par ailleurs, elles complètent ou remplacent entièrement le revenu perdu. Cela s'applique également en cas de chômage, service militaire et en compensation des charges familiales.

Outre cette institution d'assurances sociales bien développée, il existe la possibilité d'une couverture d'assurance privée pour des prestations hospitalières, le maintien du paiement du salaire et la prévoyance vieillesse privée.

2.2 Assurances sociales

2.2.1 Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA)

Les dix assurances sociales ont été créées petit à petit au siècle dernier et leurs lois sont donc entrées en vigueur et ont été révisées à différentes périodes. Ceci a entraîné une certaine confusion, de sorte que la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) est entrée en vigueur en 2003. Cette loi régit les notions générales du droit des assurances sociales tels que l'accident ou la maladie, l'incapacité de travail et de gain, l'invalidité, l'allocation pour imputés et diverses questions de procédure pour toutes les assurances sociales.

Les articles pertinents pour l'expertise et les aspects médicaux de la LPGA sont décrits ci-après.

2.2.1.1 Définitions de termes généraux

Art. 3 Maladie

- 1 Est réputée maladie toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail.
- 2 Est réputée infirmité congénitale toute maladie présente à la naissance accomplie de l'enfant.

Art. 4 Accident

Est réputée accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

Art. 6 Incapacité de travail

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité pouvant être exigée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Art. 7 Incapacité de gain

- 1 Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.
- 2 Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable.

Art. 8 Invalidité

- 1 Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.
- 2 Les assurés mineurs sans activité lucrative sont réputés invalides s'ils présentent une atteinte à leur santé physique, mentale ou psychique qui provoquera probablement une incapacité de gain totale ou partielle.
- 3 Les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une sont réputés invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels. L'art. 7, al. 2, est applicable par analogie.

Art. 9 Impotence

Est réputée impotente toute personne qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a besoin de façon permanente de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir des actes élémentaires de la vie quotidienne.

2.2.1.2 Prestations en espèces

Art. 15 Généralités

Les prestations en espèces comprennent, en particulier, les indemnités journalières, les rentes, les prestations complémentaires annuelles, les allocations pour impotents et leurs compléments; elles n'englobent pas le remplacement d'une prestation en nature à la charge d'une assurance.

Art. 16 Taux d'invalidité

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

2.2.1.3 Procédures en matière d'assurances sociales

Art. 42 Droit d'être entendu

Les parties ont le droit d'être entendues. Il n'est pas nécessaire de les entendre avant une décision sujette à opposition.

Art. 43 Instruction de la demande

- 1 L'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit.
- 2 L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés.
- 3 Si l'assuré ou d'autres requérants refusent de manière inexcusable de se conformer à leur obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'assureur peut se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière. Il doit leur avoir adressé une mise en demeure écrite les avertissant des conséquences juridiques et leur impartissant un délai de réflexion convenable.

Art. 44 Expertise

Si l'assureur doit recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits, il donne connaissance du nom de celui-ci aux parties. Celles-ci peuvent récuser l'expert pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions.

2.2.1.4 Délais

Dans divers articles d'assurances sociales, il est question de «longue durée» et de «permanent» et c'est la jurisprudence qui a finalement apporté une définition concrète de ces durées.

En ce qui concerne l'incapacité de travail (art. 6 LPGA), le terme «longue durée» signifie en règle générale six mois, conformément à la jurisprudence

sur l'obligation de limiter le préjudice, après lesquels la personne assurée devra envisager un changement de profession s'il est impossible, pour des raisons de santé, de retourner à la place de travail occupée jusque-là.

En cas d'incapacité de gain dans le contexte de l'invalidité (art. 8 LPGA), l'expression «de longue durée» est supposée correspondre à un an. Quant au caractère durable de l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale dans le cadre du droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de l'assurance accident ou à une rente pour atteinte à l'intégrité de l'assurance militaire, on suppose un préjudice qui durera vraisemblablement jusqu'à la fin de la vie.

2.2.2 Assurance-maladie (AMal selon LAMal)

Jusqu'en 1996, il n'existait pas d'assurance obligatoire des soins (AOS). Depuis 1911, il était cependant possible de s'assurer facultativement auprès d'une caisse-maladie contre les conséquences financières d'une maladie. L'AOS couvre uniquement les frais de traitements ambulatoires ou stationnaires en cas de maladie. Elle est financée par des primes individuelles uniformes qui sont échelonnées en fonction du canton, de la région et de l'âge (enfants, adolescents, adultes) et qui varient d'un assureur à l'autre. Les réductions de primes octroyées par les cantons allègent la charge des assurés de condition économique modeste.

2.2.3 Assurance-accidents selon la LAA

En 1911, la Loi sur l'assurance en cas de maladie et accidents (LAMA) fut votée en Suisse. L'affiliation à une assurance-maladie restait cependant facultative, l'assurance-accidents devenait obligatoire uniquement pour une partie des employés et fut gérée, dès 1918, par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (SUVA). Cela s'appliqua jusqu'en 1984; depuis, tous les salariés sont assurés contre les suites d'accidents professionnels, de maladies professionnelles et non-professionnelles. L'assurance-accidents selon la LAA est financée par des primes qui sont fixées en pour-mille du gain assuré et en fonction du risque d'accident de l'entreprise. Les primes de l'assurance contre les accidents professionnels et les maladies professionnelles

sont à la charge de l'employeur, celles de l'assurance contre les accidents non-professionnels sont en principe à la charge de l'employé. Les indépendants peuvent se soumettre facultativement à la LAA.

2.2.4 Assurance militaire (AM/LAM)

En 1852, à savoir tout juste quatre ans après la fondation de la Confédération suisse, entra en vigueur en Suisse la Loi fédérale sur la pension et l'indemnisation des personnes accidentées durant le service militaire ou de leurs proches. En 1902 suivit la révision de la loi dont résulta l'assurance militaire. En tant qu'assurance de la Confédération, elle est destinée aux personnes accomplissant un service militaire, un service de protection civile ou un service civil, aux personnes participant à des interventions du Corps suisse d'aide humanitaire (CSA) et à des actions de maintien de la paix par la Confédération à l'étranger.

En sa qualité qu'assurance de dommage corporel, l'AM couvre l'accident et la maladie des personnes assurées. Si une atteinte à la santé est annoncée durant le service ou si les symptômes d'une maladie apparaissent au cours du service, la responsabilité est présumée. L'absence de lien entre l'atteinte à la santé et le service (atteinte prémilitaire) ainsi que la non-aggravation de l'atteinte à la santé pendant le service doit être prouvée par l'AM avec une certitude relevant de la pratique médicale. Lorsque l'atteinte à la santé est signalée après le service militaire, le degré de preuve équivalent à la vraisemblance prépondérante s'applique. Pendant le service, la notification incombe au médecin de troupe, après le service, elle incombe au médecin civil.

2.2.5 Assurance-invalidité (AI/LAI)

L'assurance-invalidité a été introduite en 1960 et révisée depuis à six reprises. Elle couvre les besoins vitaux lors d'une restriction durable de la capacité de gain pour des raisons de santé. Assurance de rente à ses débuts, elle a été convertie en une assurance qui accorde la plus grande importance à la détection et l'intervention précoces tout comme à la réintégration. Elle couvre l'ensemble de la population suisse et est financée par les cotisations salaria-

les et les contributions de la Confédération. Actuellement, une nouvelle révision de l'AI sous le nom de «Développement continu de l'AI» est en cours. Cette dernière poursuit plusieurs objectifs, à savoir un accompagnement plus étroit des familles et une gestion plus ciblée de la prise en charge des enfants nés avec une infirmité congénitale, un soutien ciblé des jeunes lors du passage à la vie active, une augmentation de conseils et un meilleur soutien aux personnes atteintes dans leur santé psychique, une collaboration améliorée entre l'AI, les médecins et les employeurs, l'introduction d'un système de rentes linéaire afin d'augmenter l'incitation à exercer une activité professionnelle.

2.2.6 Prévoyance professionnelle (LPP)

Les prestations de la prévoyance professionnelle remplacent le revenu manquant par suite de vieillesse, d'invalidité ou de décès. Avec le premier pilier (AVS), elles doivent permettre le maintien du niveau de vie habituel après la retraite.

Depuis 1985, la prévoyance professionnelle est obligatoire pour tous les employés dont le revenu atteint le seuil d'entrée fixé actuellement à CHF 21'330 par an. Pour les indépendants, l'assurance est facultative. Les personnes qui n'exercent pas d'activité lucrative ne peuvent pas s'assurer.

La prévoyance professionnelle est financée par les cotisations salariales des employeurs et employés ainsi que par les rendements de capital.

2.2.7 Assurance-vieillesse et survivants (AVS/LAVS)

L'assurance-vieillesse et survivants existe depuis 1948 et remplace une partie du revenu manquant par suite de vieillesse ou de décès. Elle couvre l'ensemble de la population suisse et est financée par les cotisations salariales et les contributions de la Confédération. Les hommes peuvent percevoir la rente ordinaire à partir de 65 ans, les femmes à partir de 64 ans déjà. Les montants annuels des rentes sont fixés au niveau suisse; les rentes individuelles varient actuellement entre CHF 14'220 et CHF 28'440 selon la hauteur des cotisations versées; les rentes de couple sont 1,5 fois plus élevées. La hauteur des

rentes est contrôlée régulièrement et adaptée selon l'évolution des salaires et des prix, car il s'agit d'un système de répartition par opposition au système de capitalisation de la prévoyance professionnelle et de la prévoyance individuelle selon le troisième pilier.

2.2.8 Prestations complémentaires (PC/LPC)

Les prestations complémentaires, versées depuis 1966, s'ajoutent aux prestations de l'AVS et de l'AI lorsque le revenu ne suffit pas pour couvrir les besoins vitaux. Allouées sous condition de ressources, les PC constituent un droit légal. Les prestations complémentaires sont financées au moyen de recettes fiscales générales.

2.2.9 Allocations pour perte de gain / Allocation de maternité (APG/AMat)

L'allocation pour perte de gain existe depuis 1940 et couvre 80% de la perte de gain des personnes accomplissant le service militaire, le service civil ou le service de protection civile et, depuis la mi-2005, elle alloue une allocation de maternité aux femmes exerçant une activité lucrative. En cas de maternité, une indemnité journalière est versée pendant 14 semaines au maximum. L'allocation pour perte de gain est entièrement financée par les cotisations salariales.

2.2.10 Assurance-chômage (AC/LACI)

L'assurance-chômage, inscrite dans la loi suisse, existe depuis 1983 et verse des prestations en cas de chômage, de chômage partiel et de suspension du travail due à des intempéries. L'assurance-chômage couvre toutes les personnes exerçant une activité indépendante et est financée en majeure partie par les cotisations salariales. En cas de perte d'emploi, la perte de gain temporaire est prise en charge à raison de 70% du gain assuré, versé sous forme d'indemnités journalières. L'AC prévoit elle aussi des mesures de réintégration sur le marché du travail. Les chômeurs sont obligés d'accepter des emplois temporaires et de suivre des cours et des stages en vue d'une réintégration plus rapide et plus facile sur le marché du travail.

2.2.11 Allocations familiales (AF)

Les allocations familiales servent à compenser partiellement les charges familiales. La loi fédérale sur les allocations familiales est entrée en vigueur en 2009. Les taux minimaux sont actuellement définis comme suit: allocation pour enfant, CHF 200 par mois; allocation de formation professionnelle, CHF 250 par mois. Les salariés, même occupés à temps partiel, les indépendants ainsi que les personnes sans activité lucrative ayant un revenu modeste ont droit aux allocations familiales. Les allocations familiales sont financées par les cotisations des employeurs ou des indépendants.

2.3 Modèle des trois piliers de la prévoyance vieillesse suisse ou en cas de perte partielle ou totale de la capacité de gain

En Suisse, le système de sécurité sociale repose sur le «modèle des trois piliers», inscrit dans la Constitution fédérale (CF) depuis 1972. Ce modèle est censé garantir une couverture globale des risques financiers en cas de décès, d'invalidité et de vieillesse.

Le premier pilier comprend l'AI, l'AVS et les PC; ces trois assurances sociales doivent garantir les moyens de subsistance à toute personne.

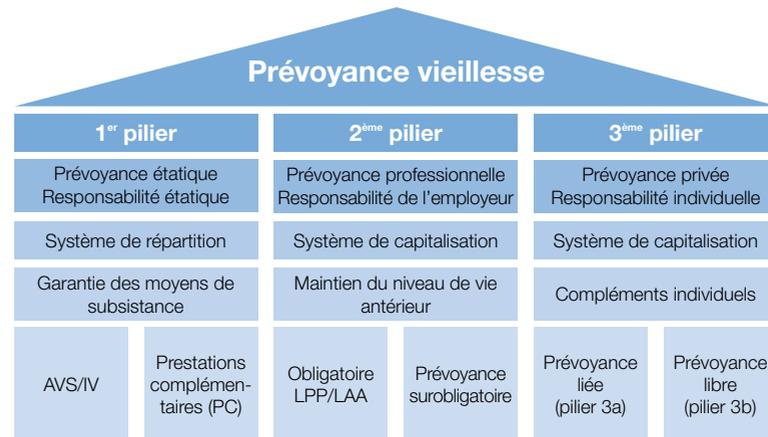
Le deuxième pilier regroupe l'assurance-accidents et la prévoyance professionnelle. Ces deux assurances sociales garantissent à tous les salariés le maintien du niveau de vie antérieur.

Le troisième pilier regroupe les produits d'assurance de prévoyance non obligatoires, partiellement avantageux sur le plan financier, qui assurent les besoins individuels supplémentaires.

Les prestations obligatoires du 1^{er} et 2^{ème} pilier couvrent environ 60% du revenu perçu avant l'âge de la retraite et ce uniquement pour un revenu allant jusqu'à CHF 85'320. Dans le cas de l'assurance-accidents, le revenu maximal assuré s'élève à CHF 148'200 par an.

3 Organisation et tâches des assurances

Figure 1: Modèle des trois piliers selon la Constitution suisse



Source: Association Suisse d'Assurances

2.4 Assurances privées

En Suisse, les assurances privées sont réglées depuis 1908 par la Loi sur le contrat d'assurance. Les assureurs privés peuvent proposer d'innombrables produits d'assurance taillés sur les besoins des preneurs d'assurance. La symétrie des informations entre les demandeurs d'assurance et les assureurs est une condition préalable au calcul de la prime. L'évaluation du risque est une des principales caractéristiques des assurances privées étant donné qu'elle permet de fixer des primes équivalentes au risque et d'éviter une anti-sélection car cette dernière entraîne une augmentation injustifiée des primes ou un effondrement du marché.

Dans ce qui suit, la description des assurances sociales se limite à celles où il existe, selon la LPGA, une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui exige un examen ou traitement médical ou provoque une incapacité de travail et qui peut donc donner lieu à des prestations de l'assurance.

3.1 Autorités de surveillance

L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) surveille tous les assureurs-maladie selon la LAMal, tous les assureurs accidents selon la LAA et l'assurance militaire. L'Office fédéral des assurances sociales est l'autorité de surveillance de toutes les autres assurances sociales. L'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers, la FINMA, est l'autorité de surveillance de tous les assureurs privés.

3.2 Assurance-maladie selon la LAMal

L'assurance obligatoire des soins (AOS) est actuellement gérée par 57 assureurs-maladie. Ils sont conseillés sur le plan médical par des médecins-conseils. Les tâches des médecins-conseils sont décrites dans l'art. 57 de la LAMal. En ce qui concerne les assurés sous traitement médical, les médecins-conseils sont autorisés à transmettre uniquement les données décisives pour l'évaluation par l'assureur. Ce système de services par des médecins-conseils doté d'une rigoureuse protection des données existe uniquement au niveau de l'assurance-maladie obligatoire.

3.3 Assurance-accidents selon la LAA

L'assurance-accidents selon la LAA est actuellement gérée par la SUVA, 22 assurances privées, trois assureurs maladie et deux caisses publiques d'assurance-accidents. Par ailleurs, il existe une Caisse supplétive LAA, qui alloue les prestations légales d'assurance aux employés victimes d'un accident que la SUVA n'a pas la compétence d'assurer et qui n'ont pas été assurés par leur employeur. Lors de l'introduction de la LAA en 1984, la SUVA a pu maintenir son monopole partiel (assurance-accidents pour l'industrie et le secteur du bâtiment); les autres branches sont assurées depuis lors par d'autres assureurs accidents selon la LAA. Bien que l'activité des assurances accidents

puisse être exercée sans le recours à des médecins-conseils, chaque assureur accidents dispose d'un service de médecins-conseils. À la SUVA, cette tâche incombe aux médecins d'arrondissement au niveau des agences. Au siège central à Lucerne, il existe un centre de compétences de la médecine des assurances. Les autres assureurs accidents disposent de médecins consultants qui sont mandatés à quelques exceptions près.

3.4 Assurance-invalidité

Chacun des 26 cantons a son propre office AI. Jusqu'en 2004, les médecins de l'AI n'avaient pas le droit d'examiner les assurés. Les offices AI devaient se contenter des rapports médicaux des médecins traitants. Cependant, en 1978 déjà, le premier Centre d'observation médicale (COMAI) fut fondé à Bâle; il effectuait des expertises médicales pour le compte de l'assurance-invalidité. Peu à peu, de tels COMAI ont vu le jour dans toute la Suisse. Ce n'est que dans le cadre de la 4^{ème} révision de l'AI, en 2004, que les services médicaux régionaux ont été créés conformément à l'art. 59 de la LAI. Depuis, ces derniers conseillent les offices AI cantonaux et peuvent convoquer les assurés pour un examen. Les COMAI, nommés «centre d'expertises médicales» depuis le 1^{er} mars 2012, restent indispensables car le nombre d'expertises médicales a fortement augmenté.

3.5 Assurance militaire

Depuis le 1^{er} juillet 2005, l'assurance militaire est gérée par la SUVA sur mandat de la Confédération comme assurance sociale autonome disposant de sa propre loi et avec une comptabilité distincte. En sa qualité d'institution de responsabilité de l'Etat, elle assume la responsabilité de dommages corporels qui apparaissent pendant le service. Elle répond de toutes les affections physiques, mentales ou psychiques de l'assuré ainsi que de leurs conséquences économiques directes. La gestion des cas est prise en charge par les agences de l'AM de Bellinzone, Berne, Genève et Saint-Gall, elles-mêmes intégrées dans les agences de la SUVA. L'assurance militaire dispose de médecins d'arrondissement qui conseillent l'administration pour les questions d'ordre médical.

3.6 Prévoyance professionnelle

L'assurance de prévoyance professionnelle est gérée par un peu plus de 1700 institutions de prévoyance (SFI 2018). Souvent, ces assureurs se basent sur les diagnostics médicaux de l'assurance-invalidité ou de l'assurance-accidents. Cependant, ils ont leurs propres médecins consultants mandatés.

3.7 Assurances privées

En Suisse, les assurances privées sont régies depuis 1908 par la Loi sur le contrat d'assurance. Les assureurs privés assurent les personnes dans le domaine des assurances complémentaires à la LAMal et la LAA en ce qui concerne les séjours stationnaires dans les hôpitaux et centres de réadaptation en division privée et semi-privée. Elles assurent les indépendants contre les suites d'accidents selon des conditions d'assurance comparables à celles de la LAA. Pour les assureurs privés, les assurances d'indemnités journalières en cas de maladie jouent un rôle important car ces dernières ne sont pas obligatoires en Suisse. De nombreux employeurs concluent une telle assurance facultative pour leurs employés. Du point de vue des primes, les assurances privées les plus importantes sont les assurances-vie avec leurs divers produits d'assurance en cas de décès et au niveau de l'assurance-invalidité facultative.

4 Prestations des différentes branches d'assurance

4.1 Assurance-maladie selon la LAMal

Conformément à l'article 32 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), les prestations doivent être efficaces, appropriées et économiques. Leur efficacité doit avoir été démontrée selon des méthodes scientifiques. Une prestation est efficace quand le bénéfice et les risques, le «bénéfice net», peuvent être démontrés de manière reproductible dans des essais cliniques (clinical trials) et vérifiés concrètement dans le contexte suisse. Une distinction est donc faite entre l'effet produit dans des essais cliniques ou des études en laboratoire (efficacité) et l'effet produit dans la pratique (efficience).

L'adéquation d'une prestation présuppose, outre son efficacité, qu'elle soit appropriée compte tenu du bénéfice et des risques, nécessaire, acceptable et que la mise en œuvre de moyens soit proportionnée. La notion de but médical recouvre l'innocuité ainsi que les risques; par la notion de but économique, on entend la simplicité d'une prestation ou d'un moyen auxiliaire.

L'économicité d'une prestation résulte de la considération simultanée du bénéfice et des coûts tenant compte des conséquences pécuniaires. Elle présuppose l'efficacité de la prestation et sa mise en œuvre raisonnable au cas par cas. Ces trois conditions préalables qui doivent toutes être remplies doivent être vérifiées périodiquement par l'autorité de surveillance (Office fédéral de la santé publique OFSP).

Le principe de confiance doit s'appliquer au devoir de prise en charge des prestations des médecins dans l'assurance obligatoire des soins (AOS), ce qui signifie que chaque prestation est payée, excepté si quelqu'un la conteste. Dans ce cas, l'OFSP procède à ce que l'on appelle une clarification du caractère controversé des prestations, dans laquelle les critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité (EAE) sont vérifiés. La Commission fédérale des prestations générales et des principes (CFPP) doit alors émettre à l'attention du Conseil fédéral sur la base de ces clarifications une recommandation de prise en charge des prestations par les assureurs-maladie sans restriction, à certaines conditions ou de non prise en charge. Le Conseil fédéral prend sa

décision librement et la décision est publiée à l'annexe 1 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins. Depuis le 1er janvier 2019, six interventions électives qui ne doivent plus désormais en principe être effectuées qu'en ambulatoire sont mentionnées à l'annexe 1a, des circonstances particulières chez le patient, dont les raisons doivent être indiquées, autorisant toutefois à continuer à fournir la prestation en milieu hospitalier. Différents cantons ont déjà introduit avant cette date des listes plus détaillées de prestations en ambulatoire.

Le principe du libre choix du médecin et de l'hôpital s'applique ainsi que le système du «tiers garant» selon lequel le patient doit normalement régler les honoraires au fournisseur de la prestation et ces honoraires lui sont remboursés par l'assureur-maladie. Cependant, les hôpitaux et beaucoup de médecins se font régler directement par l'assureur-maladie, de telle sorte que la pratique du «tiers payant» gagne du terrain également dans l'assurance-maladie.

L'assurance-maladie selon la LAMal prend en charge les prestations générales en cas de maladie et de maternité, en cas d'accident de personnes qui ne sont pas assurées contre les accidents selon la loi sur l'assurance-accidents (LAA) ainsi qu'en cas d'infirmité congénitale non couverte par l'assurance-invalidité et d'interruption de grossesse non punissable. Sont pris en charge les examens, traitements et soins dispensés en ambulatoire ou en milieu hospitalier par des médecins, des chiropraticiens ou des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat d'un médecin. Sont également pris en charge les mesures de réadaptation, en ambulatoire ou en milieu hospitalier, ainsi que les médicaments et les moyens et appareils servant à l'examen ou au traitement. Les séjours à l'hôpital correspondent au standard de la division commune.

Les coûts de certains examens de dépistage précoce de maladies sont également pris en charge en plus. Sont également pris en charge les examens de contrôle effectués par un médecin ou une sage-femme ou prescrits par

un médecin pendant et après la grossesse, les cours de préparation à l'accouchement, l'accouchement, les conseils en cas d'allaitement ainsi que les soins dispensés au nouveau-né et son séjour.

Les soins dentaires sont pris en charge uniquement s'ils sont occasionnés par une maladie grave et non évitable du système de mastication ou par une autre maladie grave ou ses séquelles ainsi qu'en cas d'accident non couvert par l'assurance-accidents selon la LAA.

4.2 Assurance-accidents selon la LAA

Le principe des prestations en nature s'applique à l'assurance-accidents selon la LAA – comme à l'assurance-invalidité et à l'assurance militaire –, ce qui signifie que l'assureur garantit les prestations et les règle directement au fournisseur. Dans le système de prestations en nature, l'organisme assureur peut fournir la prestation in natura, c'est-à-dire, par exemple, dans un établissement hospitalier de l'assureur concerné, ou la transférer à un fournisseur de prestations. L'assureur peut de ce fait influencer directement sur le déroulement ainsi que sur le développement de traitements et de mesures médicales, en tenant toujours compte de manière adéquate de l'assuré et de sa famille.

Il est stipulé à l'article 54 de la LAA que lorsqu'ils soignent des assurés, leur prescrivent et leur délivrent des médicaments et prescrivent ou appliquent un traitement et effectuent des analyses, les fournisseurs des prestations doivent se limiter à ce qui est exigé par le but du traitement. L'efficacité et l'économicité sont incluses dans le but du traitement. Les critères de qualité correspondent donc à ceux de la LAMal.

L'assurance-accidents selon la LAA prend en charge les traitements en ambulatoire et en établissement hospitalier dispensés par des médecins, des dentistes et des chiropraticiens ainsi que les thérapies dispensées par un personnel médical auxiliaire sur prescription médicale. Les séjours dans des hôpitaux de soins aigus ou dans des centres de réadaptation correspondent au standard de la division commune. Les médicaments, les analyses et les

moyens et appareils sont pris en charge, comme dans la LAMal, selon les listes correspondantes établies. Sont également pris en charge les dommages causés par l'accident à des objets remplaçant une partie ou une fonction du corps comme, par exemple, les lunettes, les appareils auditifs et les prothèses dentaires.

L'assurance-accidents verse également des prestations en espèces, notamment des indemnités journalières, des rentes d'invalidité, des indemnités pour atteinte à l'intégrité, des allocations pour impotent, des rentes de survivants ainsi que des indemnités en capital. Le droit à une indemnité journalière prend naissance le troisième jour suivant l'accident et il s'éteint avec le recouvrement complet de la capacité de travail ainsi qu'avec le début d'une rente ou avec le décès de l'assuré. Le montant de l'indemnité journalière est de 80% du gain assuré. Il est réduit en cas d'incapacité de travail partielle.

Le droit à une rente prend naissance lorsque l'on ne peut plus s'attendre à ce que la poursuite du traitement médical apporte une amélioration notable de l'état de santé de l'assuré et lorsque les mesures de réadaptation éventuelles de l'assurance-invalidité sont terminées. En outre, le taux d'invalidité selon la LAA doit être d'au moins 10%. Un taux inférieur ne donne pas droit à la rente. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré pourrait obtenir en exerçant une activité lucrative que l'on pourrait encore raisonnablement attendre de lui compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail est comparé avec celui qu'il aurait pu obtenir si l'accident n'avait pas laissé de séquelles. Jusqu'à la fin de 2016, la rente selon la LAA était versée jusqu'à la fin de la vie de l'assuré. Avec la révision de la LAA au 1^{er} janvier 2017, la rente est réduite lorsque l'assuré atteint l'âge légal de départ à la retraite, et ce uniquement pour chaque année complète dans laquelle l'assuré avait plus de 45 ans au moment de l'accident. En outre, la réduction dépend du taux d'invalidité: pour un taux de 40% et plus, elle est de deux pour cent par an jusqu'à un maximum de 40% et pour un taux inférieur à 40%, elle est de un pour cent par an jusqu'à un maximum de 20%. Il est également possible d'obtenir une indemnité d'un montant égal au maximum au triple du gain annuel assuré si

l'on peut tirer du genre d'accident et du comportement de l'assuré la conclusion qu'avec une indemnité unique, il recouvrera sa capacité de travail.

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est une prestation en capital qui est échelonnée selon la gravité de l'atteinte et ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré valable le jour de l'accident.

Si, en raison de ses déficiences dues à l'accident, une personne a besoin de permanence de l'aide de tiers pour accomplir les actes ordinaires de la vie, elle bénéficie d'une allocation pour impotent, qui est calculée en fonction du degré d'impotence.

4.3 Assurance-invalidité

La principale fonction de l'assurance-invalidité est d'éliminer ou d'atténuer le mieux possible les incidences négatives d'une atteinte à la santé sur la capacité de gain de l'assuré. L'assurance-invalidité qui était initialement une «assurance rente» s'est transformée depuis 2008 (5^e révision de l'AI) pour devenir une assurance de réadaptation. Des outils supplémentaires sont disponibles depuis: communication en vue d'une détection précoce, intervention précoce et mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle ainsi que placement à l'essai (depuis 2012). La palette des mesures de réadaptation professionnelle possibles comprend: orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement professionnel et placement. Les indemnités journalières sont accessoirement destinées à compléter les mesures de réadaptation. Pour soutenir l'adaptation/la réadaptation, des allocations d'initiation au travail en cas de placement et un dédommagement pour l'augmentation des cotisations sont versés à l'employeur. D'autres prestations importantes sont les rentes, l'allocation pour impotent, la contribution d'assistance ainsi que le traitement médical en cas d'infirmité congénitale.

L'assuré doit faire tout ce qu'il peut pour réduire la durée et l'étendue de son incapacité de travail et ne pas devenir invalide. Il doit participer activement à toutes les mesures que l'on peut raisonnablement attendre de lui afin de

conserver son emploi ou de s'insérer dans la vie active ou dans une activité équivalente à la vie active. Si l'assuré ne remplit pas son obligation de collaboration, les prestations auxquelles il a droit peuvent être réduites ou supprimées.

Le cas d'un assuré peut être communiqué à l'office AI en vue d'une détection précoce par l'assuré lui-même, par des membres de sa famille, par son employeur ou par le médecin traitant s'il a été dans l'incapacité de travailler pendant au moins 30 jours consécutifs ou s'il a dû être absent de manière répétée pour de courtes périodes pour des raisons de santé en une année. Les tierces personnes qui communiquent un cas en vue d'une détection précoce doivent en informer l'assuré concerné au préalable.

L'office AI cantonal examine alors la situation personnelle de l'assuré et détermine si le dépôt d'une demande est indiqué. Une inscription est nécessaire pour les mesures d'intervention précoce et elle ne peut être remise que par l'assuré lui-même.

Le but des mesures d'intervention précoce est de maintenir dans l'emploi les assurés en incapacité de travail en adaptant leur poste de travail ou de les insérer dans un nouvel emploi, dans l'entreprise ou à l'extérieur, en adaptant le poste de travail, par des cours de formation, le placement, une orientation professionnelle, une réadaptation socioprofessionnelle ou des mesures d'occupation.

Si une rente est malgré tout octroyée, comme dans l'assurance-accidents selon la LAA, dans l'assurance-invalidité, la rente est calculée en fonction de la perte de revenu mais à la différence de l'assurance-accidents, elle est échelonnée suivant 4 niveaux d'invalidité:

- rente entière si le taux d'invalidité est d'au moins 70%
- trois quarts de la rente entière si le taux d'invalidité est d'au moins 60%
- la moitié de la rente entière si le taux d'invalidité est d'au moins 50%
- un quart de la rente entière si le taux d'invalidité est d'au moins 40%

Comme dans la LAA, ce ne sont pas des experts médicaux qui fixent le taux d'invalidité, mais l'administration ou le juge. L'expert doit seulement donner un avis sur ce que l'assuré peut encore faire ou ne peut plus faire en raison de son état de santé et tout au plus peut-il encore en tenir compte pour évaluer l'incapacité de travail de l'assuré par rapport aux exigences du poste.

Pour les infirmités congénitales, énumérées dans la liste en annexe de l'ordonnance concernant les infirmités congénitales, l'assurance-invalidité prend en charge les mesures médicales pour les assurés jusqu'à l'âge de 20 ans révolus. Ces coûts sont ensuite pris en charge par l'assurance-maladie.

4.4 Assurance militaire

Les factures des fournisseurs des prestations comme les médecins, les physiothérapeutes ou encore les hôpitaux, sont réglées directement par l'assurance militaire. Comme pour l'assurance-accidents, les assurés ne paient ni quote-part ni franchise. Pour les hospitalisations, l'assurance prend en charge les coûts de la division commune.

En cas d'impotence ou de soins à domicile, elle prend en charge les coûts supplémentaires concrets en fonction des besoins en accompagnement. L'assurance militaire prend également en charge des moyens auxiliaires simples et appropriés destinés à améliorer l'état de santé et pour la réadaptation professionnelle et sociale.

En cas d'incapacité de travail, elle verse une indemnité journalière correspondant à 80% du gain perdu. Elle doit tenir compte du gain annuel maximal assuré, qui est actuellement de CHF 152'276 (assurance-accidents: CHF 148'200). Elle prend également en charge les frais de réadaptation, de reclassement, ou même le démarrage éventuel d'une activité professionnelle comme indépendant. Si une invalidité résiduelle résulte des mesures professionnelles ou si la réadaptation n'est pas possible, l'assurance militaire octroie une rente d'invalidité. Ici aussi, il faut tenir compte du taux des prestations de 80% ainsi que du gain annuel maximal assuré.

La base de l'évaluation du degré d'incapacité d'exercer une activité professionnelle (taux d'invalidité) est la même que pour l'assurance-accidents et l'assurance-invalidité. Comme l'assurance-accidents, l'assurance militaire verse la rente d'invalidité en pourcentage exact. Lorsque le bénéficiaire d'une rente à durée indéterminée atteint l'âge légal de la retraite, la rente est divisée par deux.

Une atteinte très importante et durable à l'intégrité physique, mentale ou psychique donne droit à une rente pour atteinte à l'intégrité. En cas d'atteinte à l'intégrité, l'assurance militaire verse indépendamment d'une éventuelle rente d'invalidité une rente pour atteinte à l'intégrité. Ce qui est déterminant, c'est la répercussion de l'atteinte – et non l'atteinte en tant que telle – sur les fonctions de la vie, c'est-à-dire sur les capacités à agir et participer de la manière considérée comme normale pour mener sa vie dans son environnement personnel et social. Toutes les circonstances du cas d'espèce sont donc prises en considération en tenant compte de valeurs indicatives et de cas de référence.

Une autre forme de rente dans l'assurance militaire est la rente de survivant. Elle présuppose par principe un lien de cause à effet entre le service et le décès de l'assuré.

Si l'assurance militaire répond en totalité ou en partie de la lésion d'une partie d'un organe pair, elle répond dans la même mesure de la totalité du dommage en cas de nécessité de traitement ultérieure ou de lésion du deuxième organe. Elle défend en vertu de la loi les droits de l'assuré vis-à-vis de l'auteur du dommage.

4.5 Prévoyance professionnelle

Conformément à l'article 113 de la Constitution fédérale, la prévoyance professionnelle (2^{ème} pilier) conjuguée avec l'assurance-vieillesse, l'assurance survivants et l'assurance-invalidité (1^{er} pilier) doit permettre de maintenir de manière appropriée le niveau de vie antérieur après le départ à la retraite.

5 Bibliographie

L'assurance est obligatoire pour les salaires annuels compris entre CHF 24'885 et CHF 85'320. Ici, le taux d'intérêt minimum et le taux de conversion (pourcentage annuel de l'avoir de vieillesse versé) sont fixés par la loi. Les prestations de la prévoyance professionnelle surobligatoire ne sont pas prédéterminées. Ici, les institutions de prévoyance ont les coudées franches. L'avoir de vieillesse peut être touché en totalité ou en partie lorsque l'âge du départ à la retraite est atteint. Si l'assuré décide de le toucher sous forme de rente, il perçoit une rente annuelle conformément au taux de conversion fixé.

4.6 Assurances privées

Les prestations des assurances privées couvrent les risques les plus divers prévus dans le contrat d'assurance et dans les conditions générales du contrat. En Suisse, la loi n'oblige pas à contracter une assurance indemnités journalières de maladie. Cette assurance est proposée dans le cadre d'assurances privées. Les indemnités journalières sont souvent versées à partir du 30^{ème} jour en cas d'incapacité de travail d'au moins 40% et pendant deux ans au maximum. Leur montant est généralement de 80% du salaire brut. Les conditions générales d'assurance peuvent cependant contenir également des dispositions entièrement différentes.

Les assurances-accidents privées couvrent les risques des travailleurs indépendants. Leurs prestations correspondent à peu près à celles de l'assurance-accidents selon la LAA mais ici aussi, les conditions générales sont déterminantes. Les assurances complémentaires santé et accidents couvrent les prestations supplémentaires pour les séjours dans les établissements hospitaliers et les cliniques de réadaptation. Les prestations complémentaires des assurances semi-privées ou privées sont limitées généralement au libre choix du médecin et au suivi par des médecins cadres et au séjour en chambre individuelle ou en chambre à deux lits.

Les prestations des assurances-vie extrêmement importantes qui couvrent les décès ou l'incapacité de travail, sont également définies dans des conditions générales très diverses.

Riemer-Kafka G. Vereinfachungen im System der schweizerischen Sozialversicherungen - Problemfelder und Lösungsvorschläge. Stämpfli Verlag, 2014

Sécurité Sociale CHSS. Assurances sociales: Ce qui va changer en 2019. CHSS N° 4 / décembre 2018

Secrétariat d'Etat aux questions financières internationales SFI. Place financière suisse, chiffres-clés. Département fédéral des finances, 2018

The background features two large, stylized, light blue hand graphics. One hand is positioned at the top right, with fingers slightly curled. The other hand is at the bottom left, with fingers spread. The hands are rendered in a simple, flat style with no shading or texture.

Swiss Insurance Medicine
c/o Medworld AG
Administrative Office
Sennweidstrasse 46
6312 Steinhausen
Tél. +41 (0)41 748 07 30
info@sim-ig.ch
www.swiss-insurance-medicine.ch

Édité par Swiss Insurance Medicine (SIM), Médecine des assurances suisse. Traduction en français de la troisième édition en allemand remaniée et actualisée 2019.

ISBN 978-3-907219-06-5 (Brochure)

ISBN 978-3-907219-07-2 (PDF)