

La sécurité sociale en Suisse

Etat 1^{er} janvier 2026



Table des matières

Abréviations	3
En bref	5
L'assujettissement au régime suisse de sécurité sociale	6
Les principes généraux du système suisse de sécurité sociale	17
L'assurance-vieillesse et survivants (AVS)	21
L'assurance-invalidité (AI)	30
Les allocations pour perte de gain en cas de service (APG), de maternité (AMat), à l'autre parent (AAP), de prise en charge (APC) et d'adoption (AAdop)	40
La prévoyance professionnelle (PP)	45
La prévoyance individuelle liée (pilier 3a)	52
L'assurance-maladie (AMal)	55
L'assurance-accidents selon la LAA (AA)	66
L'assurance-chômage (AC)	75
Les allocations familiales (AFam)	79
Adresses et sites Internet	83

Abréviations

AA	Prestations en cas d'accidents du travail ou de maladies professionnelles
AAdop	Allocation d'adoption
AAP	Allocation à l'autre parent
AC	Prestations de chômage
AELE	Association européenne de libre-échange
AFam	Allocations familiales
AI	Assurance-invalidité
ALCP	Accord sur la libre circulation des personnes entre la Suisse et l'UE
AMal	Assurance-maladie
AMat	Allocation de maternité
APC	Allocation de prise en charge
APG	Allocations pour perte de gain
AVS	Assurance-vieillesse et survivants
CI	Compte individuel
HMO	Health Maintenance Organization
LAA	Loi fédérale sur l'assurance-accidents
LAFam	Loi fédérale sur les allocations familiales
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
LFA	Loi fédérale sur les allocations familiales dans l'agriculture
OFAS	Office fédéral des assurances sociales
OFCL	Office fédéral des constructions et de la logistique
OFSP	Office fédéral de la santé publique
ORP	Offices régionaux de placement
PC	Prestations complémentaires

<i>PP</i>	Prévoyance professionnelle
<i>Ptra</i>	Prestations transitoires pour chômeurs âgés
<i>SECO</i>	Secrétariat d'Etat à l'économie
<i>Suva</i>	Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents
<i>UE</i>	Union européenne

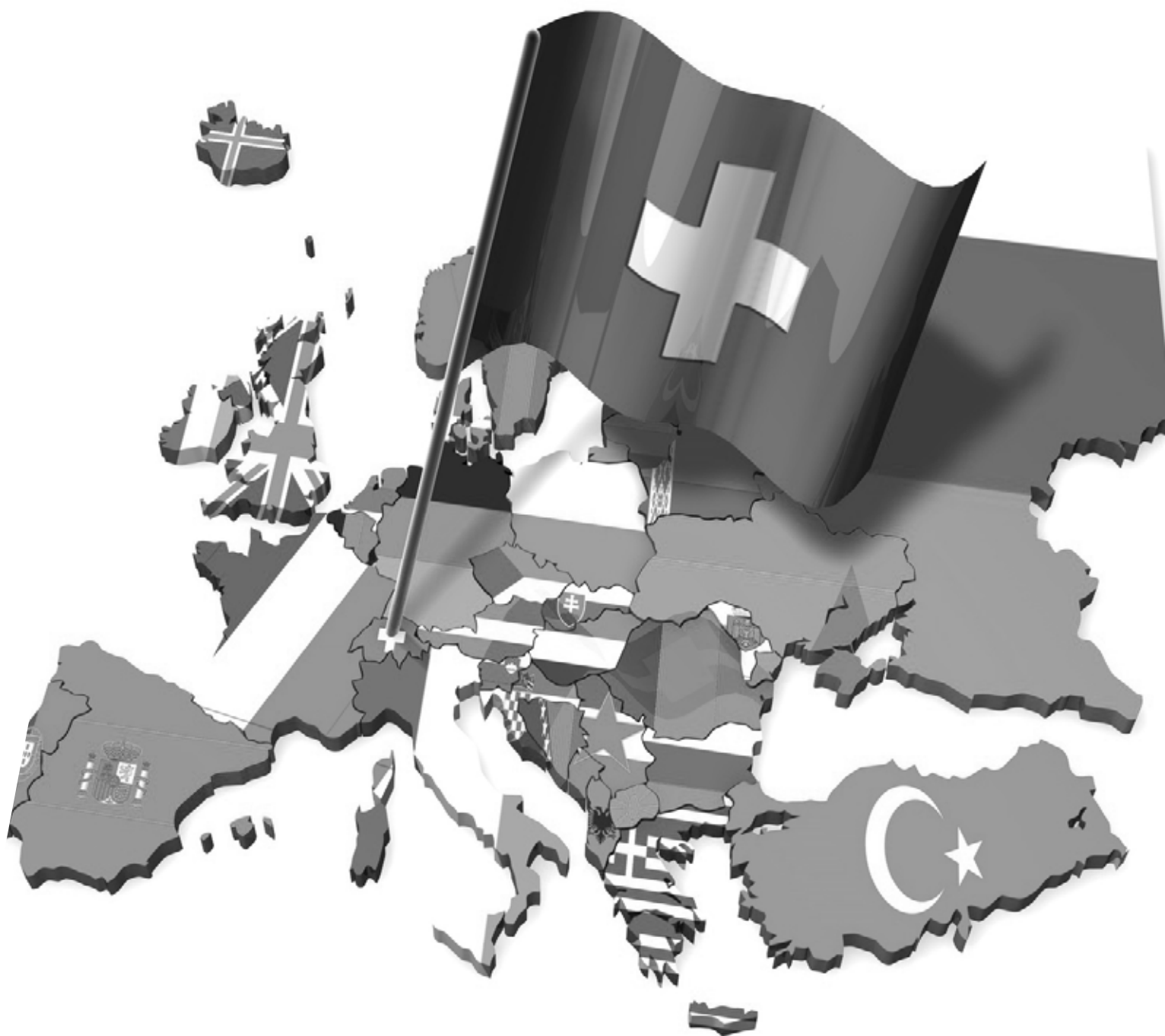
En bref

La présente brochure s'adresse aux employeurs suisses et à toutes les personnes soumises au régime suisse de sécurité sociale au titre de leur domicile ou d'une activité lucrative exercée sur le territoire suisse, quelle que soit leur nationalité.

Elle ne donne qu'un aperçu du régime suisse de sécurité sociale. Pour le règlement des cas individuels, seule la loi fait foi.

Des informations plus détaillées sont disponibles sous www.avs-ai.ch. Le contenu de cette brochure est revu régulièrement et mis à jour sous www.avs-ai.ch. La newsletter vous informe de tous les changements. Inscrivez-vous maintenant sous www.avs-ai.ch/fr/newsletter.

L'assujettissement au régime suisse de sécurité sociale



Les principes généraux

Qui est soumis au régime suisse de sécurité sociale ?

En principe, toute personne qui travaille ou est domiciliée en Suisse.

Les personnes qui exercent une activité professionnelle en Suisse sont soumises au régime suisse de sécurité sociale. Les personnes qui sont domiciliées en Suisse et qui n'exercent aucune activité lucrative sont également soumises au régime suisse de sécurité sociale. Il existe toutefois des exceptions, réglées notamment dans les conventions de sécurité sociale conclues par la Suisse. En principe, chaque personne est assurée individuellement.

Les personnes soumises au régime suisse de sécurité sociale paient des cotisations et ont droit à des prestations. Certaines personnes ont droit, à certaines conditions, au remboursement de leurs cotisations.

Les conventions bilatérales de sécurité sociale conclues par la Suisse

Qu'est-ce qu'une convention bilatérale de sécurité sociale ?

Une réglementation en matière de sécurité sociale.

Une convention bilatérale de sécurité sociale détermine les droits et les obligations d'un ressortissant d'un Etat partie à la convention en ce qui concerne la sécurité sociale de l'autre Etat. Elle tend à une égalité de traitement entre les ressortissants suisses et les ressortissants de l'autre Etat. La Suisse a conclu des conventions bilatérales de sécurité sociale avec différents Etats, appelés ci-après Etats contractants.

Les Etats contractants	
Albanie (AL)	Japon (JP)
Australie (AU)	Kosovo (XK)
Bosnie et Herzégovine (BA)	Macédoine du Nord (NMK)
Brésil (BR)	Monténégro (ME)
Canada ^A (CA)	Philippines (PH)
Chili (CL)	République de Saint-Marin (SM)
Chine ^B (CN)	Royaume-Uni (UK)
Corée du Sud ^B (KR)	Serbie (RS)
Etats-Unis d'Amérique (US)	Tunisie (TN)
Inde ^B (IN)	Turquie (TR)
Israël (IL)	Uruguay (UY)

^A Il existe une entente particulière en matière de sécurité sociale entre la Suisse et le Québec (QC).

^B Seulement assujettissement.

La Suisse a aussi conclu des conventions bilatérales de sécurité sociale avec des Etats aujourd'hui membres de l'UE resp. de l'AELE. Il s'agit des Etats suivants :

Les Etats membres de l'UE resp. de l'AELE avec lesquels la Suisse a conclu une convention bilatérale de sécurité sociale

Allemagne (DE)	Finlande (FI)	Norvège (NO)
Autriche (AT)	France (FR)	Pays-Bas (NL)
Belgique (BE)	Grèce (GR)	Portugal (PT)
Bulgarie (BG)	Hongrie (HU)	République tchèque (CZ)
Chypre (CY)	Irlande (IE)	Slovaquie (SK)
Croatie (HR)	Italie (IT)	Slovénie (SI)
Danemark (DK)	Liechtenstein (LI)	Suède (SE)
Espagne (ES)	Luxembourg (LU)	

Les conventions bilatérales de sécurité sociale existantes entre la Suisse et les différents Etats membres de l'UE sont, en majeure partie, remplacées par l'Accord sur la libre circulation des personnes (ALCP). Elles restent applicables uniquement aux personnes non visées par l'ALCP, c'est-à-dire aux personnes qui n'ont ni la citoyenneté suisse ni celle d'un Etat membre de l'UE.

Les conventions bilatérales de sécurité sociale conclues avec le Liechtenstein et la Norvège sont remplacées par la Convention AELE révisée. Elles restent applicables uniquement aux personnes qui n'ont ni la citoyenneté suisse ni celle d'un autre Etat de l'AELE.

Quelles branches d'assurance couvrent-t-elles ?

Principalement l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité.

Toutes les conventions bilatérales de sécurité sociale conclues par la Suisse sont applicables aux dispositions légales d'assurance en cas de :

- ▶ vieillesse et décès (AVS)
- ▶ invalidité (AI)

Certaines conventions contiennent également des dispositions légales en matière de :

- ▶ assurance-accidents (AA)
- ▶ assurance-maladie (AMal)
- ▶ allocations familiales (AFam)

La convention avec le Royaume-Uni couvre toutes ces branches d'assurance, à l'exception des allocations familiales, et contient en outre des dispositions légales en matière de :

- ▶ maternité/paternité
- ▶ chômage

Quelles personnes visent-t-elles ?

Les conventions bilatérales de sécurité sociale concernent en principe les ressortissants suisses et les ressortissants de l'Etat contractant. Elles s'appliquent aussi aux ressortissants d'Etats tiers dans les cas de détachement.

Les conventions règlent la situation :

- ▶ des ressortissants suisses et des ressortissants de l'Etat contractant ainsi que des membres de leur famille ou de leurs survivants, en principe quelle que soit leur nationalité
- ▶ des réfugiés et des apatrides ainsi que des membres de leur famille et de leurs survivants, lorsqu'ils résident sur le territoire suisse ou sur le territoire de l'Etat contractant (exceptées les conventions conclues avec Saint-Marin et la Turquie)
- ▶ des ressortissants d'Etats tiers en ce qui concerne les salariés détachés

Les personnes qui n'ont pas la nationalité suisse ni celle d'un Etat contractant (sauf les membres de la famille ou les survivants au sens de ce qui précède) ne sont en principe pas concernées par les conventions bilatérales, excepté les travailleurs détachés, ou parfois les règles d'assujettissement en général.

Les conventions bilatérales de sécurité sociale existantes entre la Suisse et les différents Etats membres de l'UE restent applicables uniquement aux personnes non visées par l'ALCP. Les conventions bilatérales de sécurité sociale conclues avec le Liechtenstein et la Norvège demeurent applicables uniquement aux personnes non visées par la Convention AELE révisée.

A quel système d'assurance sont soumises les personnes qui exercent une activité lucrative dans un seul Etat ?

Au système d'assurance de l'Etat dans lequel elles travaillent.

Les ressortissants suisses ou d'un Etat contractant qui travaillent dans un seul Etat sont en principe soumis au système d'assurance de celui-ci – même s'ils habitent dans un autre Etat ou même si le siège de l'entreprise ou de l'employeur se trouve dans un autre Etat.

A quel système d'assurance sont soumises les personnes qui exercent simultanément une activité lucrative Suisse et dans un Etat contractant ?

Au système d'assurance de l'Etat dans lequel l'activité est exercée, en ce qui concerne ladite activité.

Les ressortissants suisses ou de l'Etat contractant qui travaillent simultanément dans les deux Etats, sont soumis à la législation suisse en ce qui concerne l'activité exercée en Suisse et à la législation de l'Etat contractant en ce qui concerne l'activité exercée dans ce dernier.

Activité lucrative indépendante

- ▶ Les conventions conclues avec l'Inde, le Canada/Québec, la Corée du Sud, les Etats-Unis et les Philippines prévoient une exception en ce qui concerne l'exercice d'une activité lucrative indépendante. Si une personne exerce une telle activité sur le territoire de l'un ou des deux Etats et réside sur le territoire de l'un des deux Etats, elle est soumise uniquement au système d'assurance de l'Etat de résidence.

Dispositions particulières

- ▶ Des dispositions particulières s'appliquent au personnel des entreprises de transports internationaux (routiers, ferroviaires, aériens, maritimes), aux fonctionnaires, aux personnes employées par des missions diplomatiques ou des postes consulaires.
- ▶ La convention avec le Royaume-Uni prévoit des dispositions particulières réglant le système d'assurance auquel sont soumises les personnes qui exercent simultanément une activité lucrative dans les deux Etats.

Personnes sans activité lucrative

- ▶ Les personnes sans activité lucrative sont soumises au système d'assurance de leur Etat de résidence.

L'Accord sur la libre circulation des personnes entre la Suisse et l'UE (ALCP) et la Convention AELE

Quels sont les Etats concernés par l'Accord sur la libre circulation des personnes entre la Suisse et l'UE et la Convention AELE ?

Les 27 Etats membres de l'UE et les 4 Etats de l'AELE.

L'accord sur la libre circulation des personnes entre, la Suisse et l'UE concerne la Suisse, d'une part, et 27 Etats membres de l'UE, d'autre part. Cet accord est appelé ALCP ci-après.

La Convention AELE ne concerne que les 4 Etats de l'AELE.

Les Etats membres de l'UE

Allemagne (DE)	Espagne (ES)	Italie (IT)	Portugal (PT)
Autriche (AT)	Estonie (EE)	Lettonie (LV)	République tchèque (CZ)
Belgique (BE)	Finlande (FI)	Lituanie (LT)	Roumanie (RO)
Bulgarie (BG)	France (FR)	Luxembourg (LU)	Slovaquie (SK)
Chypre (CY)	Grèce (GR)	Malte (MT)	Slovénie (SI)
Croatie (HR)	Hongrie (HU)	Pays-Bas (NL)	Suède (SE)
Danemark (DK)	Irlande (IE)	Pologne (PL)	

Les Etats de l'AELE

- ▶ Islande (IS)
- ▶ Liechtenstein (LI)
- ▶ Norvège (NO)
- ▶ Suisse (CH)

Quelles sont les personnes concernées par l'ALCP et par la Convention AELE ?

L'ALCP concerne les ressortissants des Etats liés par l'Accord qui se déplacent en Suisse et dans l'UE.

La Convention AELE concerne les ressortissants des Etats de l'AELE qui se déplacent dans l'AELE.

L'ALCP vise les ressortissants suisses ou d'un Etat membre de l'UE, qui sont ou ont été soumis à la législation de sécurité sociale d'un ou de plusieurs de ces Etats (y. c. les apatrides et les réfugiés qui y résident), ainsi qu'aux membres de leur famille et à leurs survivants.

La Convention AELE vise les ressortissants suisses ou d'un autre Etat membre de l'AELE, qui sont ou ont été soumis à la législation de sécurité sociale d'un ou de plusieurs de ces Etats (y. c. les apatrides et les réfugiés qui y résident), ainsi qu'aux membres de leur famille et à leurs survivants.

Les personnes qui ne sont ni ressortissantes suisses ni ressortissantes d'un Etat membre de l'UE resp. de l'AELE (sauf les membres de leur famille ou leurs survivants au sens de ce qui précède) ne sont pas touchées par l'ALCP ou la Convention AELE. Ces dernières restent soumises aux conventions bilatérales de sécurité sociale conclues avec les Etats concernés. Les caisses de compensation donnent volontiers les renseignements nécessaires.

Que signifient l'ALCP et la Convention AELE au regard de la sécurité sociale ?

La coordination des différents systèmes nationaux de sécurité sociale.

L'ALCP et la Convention AELE coordonnent les différents systèmes nationaux de sécurité sociale, sans toutefois les uniformiser. Chaque Etat conserve la structure, le genre et le montant de ses cotisations et de ses prestations d'assurance.

Les aspects les plus importants de ces accords sont les suivants :

- ▶ l'égalité de traitement entre ressortissants suisses et ressortissants des Etats membres de l'UE resp. de l'AELE
- ▶ l'atténuation ou la suppression des désavantages en matière de couverture d'assurance qui peuvent découler du fait de s'établir dans un autre Etat pour y vivre ou y travailler

Les conventions bilatérales de sécurité sociale existantes entre la Suisse et les différents Etats membres de l'UE resp. de l'AELE sont remplacées par l'ALCP et la Convention AELE. Elles restent applicables uniquement aux personnes non visées par l'ALCP ou la Convention AELE.

Quelles branches d'assurance couvrent l'ALCP et la Convention AELE ?

Toutes les branches de la sécurité sociale, à l'exception de l'aide sociale.

L'ALCP et la Convention AELE sont applicables à toutes les dispositions légales émises en matière de couverture des risques de :

- ▶ vieillesse
- ▶ invalidité
- ▶ décès (prestations de survivants)
- ▶ maladie
- ▶ maternité et pour l'autre parent
- ▶ accidents du travail et de maladies professionnelles
- ▶ chômage
- ▶ préretraite
- ▶ et en matière d'allocations familiales

L'aide sociale n'est concernée ni par l'ALCP, ni par la Convention AELE.

A quel système d'assurance sont soumises les personnes qui exercent une activité lucrative ?

En règle générale, au système de sécurité sociale d'un seul Etat.

Les personnes qui exercent une activité lucrative sont généralement soumises au système de sécurité sociale d'un seul Etat, même si elles travaillent dans plusieurs Etats. Cela signifie qu'elles doivent payer les cotisations d'assurance uniquement dans l'Etat concerné.

A quel système d'assurance sont soumises les personnes qui exercent une activité lucrative dans un seul Etat ?

Au système d'assurance de l'Etat dans lequel elles travaillent.

Les ressortissants suisses ou d'un Etat membre de l'UE resp. de l'AELE qui travaillent dans un seul Etat sont soumis au système d'assurance de celui-ci, même s'ils habitent dans un autre Etat ou si le siège de l'entreprise ou de l'employeur se trouve dans un autre Etat.

A quel système d'assurance sont soumises les personnes qui exercent une activité lucrative dans plusieurs Etats ?

Au système d'assurance de l'Etat de résidence si une part substantielle de l'activité y est exercée.

Les ressortissants suisses ou d'un Etat membre de l'UE qui exercent des activités salariées ou des activités indépendantes simultanément dans plusieurs Etats (**Suisse et UE**) sont en principe soumis au système d'assurances sociales de l'Etat de résidence.

Toutefois, si de telles personnes ne travaillent pas dans l'Etat de résidence ou qu'elles y travaillent de manière non substantielle (< 25 %), elles sont soumises au régime de sécurité sociale de l'Etat (Suisse ou UE) où se trouve le siège de l'employeur (ou des employeurs s'ils ont leur siège dans le même Etat) ou, pour les indépendants, de l'Etat dans lequel se situe le centre de leurs activités.

Dans le cas où des ressortissants suisses ou d'un Etat membre de l'UE travaillent pour plusieurs employeurs ayant leur siège dans deux Etats (Suisse et UE), dont l'un est l'Etat de résidence, ils sont soumis à la législation de l'autre Etat (celui où ils ne résident pas).

Les ressortissants suisses ou d'un Etat membre de l'UE qui travaillent pour plusieurs employeurs, dont au moins deux ont leur siège dans différents Etats (Suisse et UE) autres que l'Etat de résidence, sont soumis à la législation de l'Etat de résidence, même s'ils n'y exercent pas une part substantielle de leur activité.

Les ressortissants suisses ou d'un Etat membre de l'UE qui exercent simultanément des activités salariées et indépendantes dans différents Etats (Suisse et UE) sont soumis à la législation de l'Etat où l'activité salariée est exercée.

Dans le cadre des relations entre la Suisse et l'UE, des dispositions particulières s'appliquent notamment au personnel navigant aérien et maritime et aux fonctionnaires.

Les dispositions ci-dessus s'appliquent également aux ressortissants suisses ou d'un Etat membre de l'AELE qui travaillent simultanément dans plusieurs Etats (**Suisse et AELE**).

La Suisse et plusieurs Etats de l'UE/AELE ont conclu un accord concernant le télétravail transfrontalier habituel. Pour connaître l'état actuel des Etats signataires, voir : <https://socialsecurity.belgium.be/fr/activites-internationales/teletravail-transfrontalier-dans-lue-leeet-la-suisse>. Cet accord concerne notamment les personnes qui travaillent pour un employeur en Suisse et qui exécutent (à l'aide de moyens informatiques) du télétravail pour celui-ci dans leur Etat de résidence signataire de l'accord. A condition qu'il n'exerce pas d'autres activités et si le télétravail transfrontalier habituel représente moins de 50 % du temps de travail, l'employé peut, sur demande, rester assuré en Suisse.

Le détachement

Qu'est-ce que le détachement ?

Le détachement est une exception aux principes généraux d'assujettissement lorsqu'il existe une convention ou un accord concernant la sécurité sociale.

En principe, un travailleur est soumis au régime de sécurité sociale de l'Etat sur le territoire duquel il exerce son activité professionnelle. Le détachement constitue une exception à ce principe.

A quel système d'assurance sont soumis les travailleurs habituellement assurés à l'étranger et détachés temporairement en Suisse ?

Au système d'assurance de l'Etat d'origine.

Si une personne doit se rendre temporairement dans un autre Etat pour y exécuter un travail, elle peut, à certaines conditions, rester soumise au régime de sécurité sociale de l'Etat d'origine.

Les conventions bilatérales de sécurité sociale, l'ALCP et la Convention AELE prévoient que les travailleurs originaires soumis au système de sécurité sociale d'un autre Etat qui viennent travailler temporairement en Suisse peuvent rester soumis au système de cet Etat.

Par ailleurs, les travailleurs détachés temporairement de Suisse dans un autre Etat peuvent rester soumis au régime suisse de sécurité sociale.

Quelle est la durée maximale d'un détachement ?

La durée maximale d'un détachement varie d'un Etat à l'autre.

En principe, le détachement est prévu pour une activité temporairement et exceptionnellement exercée à l'étranger.

Les Etats membres de l'UE et de l'AELE prévoient une durée maximale de 24 mois.

Dans certains cas, un détachement peut être prolongé pour une durée totale de cinq à six ans.

Durée maximale d'un détachement	
Etats membres de l'UE et de l'AELE	24 mois
République de Saint-Marin	12 mois
Albanie, Bosnie et Herzégovine, Israël, Macédoine du Nord, Monténégro, Philippines, Royaume-Uni, Serbie, Tunisie (indépendants), Turquie et Uruguay	24 mois
Chili	36 mois
Australie, Brésil, Canada/Québec, Etats-Unis d'Amérique, Japon, Kosovo et Tunisie (salariés)	60 mois
Chine, Corée du Sud et Inde	72 mois

Est-il possible de transférer un travailleur pour exercer temporairement une activité sur le territoire d'un Etat avec lequel la Suisse n'a pas conclu de convention de sécurité sociale, ou vice-versa ?

Oui. Il ne s'agit pas d'un détachement, mais d'une assurance continuée. Le travailleur est soumis au système d'assurance de l'Etat dans lequel il travaille, même s'il reste assuré en Suisse.

Un travailleur habituellement assuré en Suisse qui exerce temporairement une activité dans un Etat avec lequel la Suisse n'a pas conclu de convention de sécurité sociale a la possibilité, à certaines conditions, de rester assuré en Suisse. Cette possibilité ne le libère pas de l'obligation de s'assurer dans l'Etat dans lequel il se rend.

Les mémentos sur le détachement contiennent des informations détaillées. Ils sont disponibles sous <https://sozialversicherungen.admin.ch/fr/f/18186>.

Affiliation à l'assurance-maladie

A quel système d'assurance-maladie sont soumises les personnes qui touchent une prestation de l'assurance-chômage ?

Au système d'assurance de l'Etat qui est compétent pour les prestations de chômage.

A quel système d'assurance-maladie sont soumises les personnes qui touchent une rente ?

Cela dépend de la situation personnelle du rentier.

Les ressortissants de l'UE resp. de l'AELE, qui reçoivent une rente d'un Etat de l'UE resp. de l'AELE uniquement, qui ont cependant leur domicile dans un autre Etat de l'UE resp. de l'AELE, sont assujettis au système d'assurance-maladie de l'Etat qui verse la rente.

Dans tous les autres cas, l'assujettissement relève en règle générale de la législation de l'Etat de domicile. La convention avec le Royaume-Uni prévoit des dispositions particulières.

Les personnes qui touchent une rente de plusieurs Etats et résident dans l'un d'entre eux sont généralement soumises au système d'assurance-maladie de ce dernier. Si elles résident dans un Etat qui ne leur verse aucune rente, elles sont tenues de s'affilier à l'assurance-maladie de l'Etat dans lequel elles ont été assurées le plus longtemps.

Assurance-maladie de membres de la famille non actifs

- ▶ Les membres non actifs de la famille d'une personne active, au chômage ou bénéficiaire d'une rente, sont en règle générale soumis au même système d'assurance-maladie que la personne active, même s'ils résident dans un autre Etat.

Autres personnes non actives

- ▶ Les personnes non actives qui ne sont pas des personnes au chômage, des bénéficiaires de rentes ni des membres de la famille sont soumises au système d'assurance de leur Etat de résidence.

Les principes généraux du système suisse de sécurité sociale



Sozialversicherung

Qu'offre le système suisse de sécurité sociale ?

Une couverture des risques sociaux.

La Suisse dispose d'un réseau d'assurances sociales ramifié qui protège largement celles et ceux qui y vivent et y travaillent, ainsi que les membres de leur famille, des risques dont ils ne pourraient supporter seuls les conséquences financières.

Comment se présente le système suisse de sécurité sociale ?

Il est divisé en cinq domaines distincts.

Le système suisse de sécurité sociale comprend cinq domaines, qui sont :

- ▶ la prévoyance vieillesse, survivants et invalidité (système dit des trois piliers)
- ▶ la couverture d'assurance en cas de maladie et d'accident
- ▶ les allocations pour perte de gain en cas de service, de maternité, à l'autre parent, de prise en charge d'un enfant gravement atteint dans sa santé et d'adoption d'un enfant de moins de quatre ans
- ▶ l'assurance-chômage
- ▶ les allocations familiales

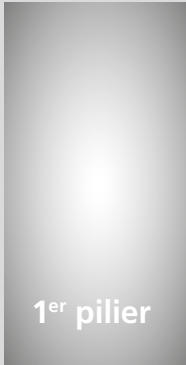
Ces assurances couvrent les risques sociaux par des prestations financières (sous forme de rentes, d'allocations pour perte de gain ou d'allocations familiales) ou par la prise en charge des coûts en cas de maladie, de maternité, à l'autre parent, de prise en charge d'un enfant gravement atteint dans sa santé, d'adoption ou d'accident.

Le système des trois piliers

La prévoyance vieillesse, survivants et invalidité repose sur trois piliers :

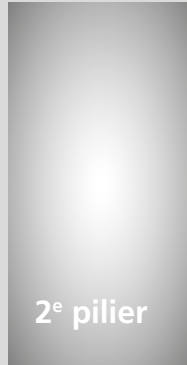
- ▶ le premier pilier – ou assurance-vieillesse, survivants et invalidité (AVS/AI) – est une assurance générale qui sert à couvrir les besoins vitaux
- ▶ le deuxième pilier – ou prévoyance professionnelle (PP) – a pour but d'assurer avec le premier pilier le maintien du niveau de vie habituel
- ▶ le troisième pilier englobe la prévoyance individuelle facultative

La prévoyance étatique (AVS, AI)



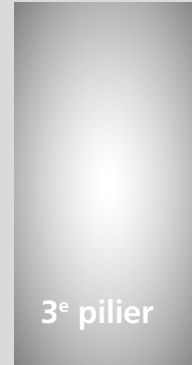
Obligatoire pour tous

La prévoyance professionnelle



Obligatoire pour
les travailleurs*

La prévoyance individuelle



Facultative

* Toute personne salariée affiliée à l'AVS qui perçoit un revenu annuel supérieur à 22 680 francs (en 2025).

Comment est financé le système suisse de sécurité sociale ?

Par des cotisations prélevées sur le revenu d'une activité lucrative, par des primes individuelles et par une participation des pouvoirs publics.

Les prestations des différentes branches de la sécurité sociale sont avant tout financées par les cotisations paritaires (des salariés et des employeurs), et par celles des indépendants et des assurés non actifs. Dans l'assurance-maladie, chaque assuré paie une prime individuelle. Les pouvoirs publics participent dans une mesure plus ou moins grande au financement des assurances sociales (AVS/AI) ou les financent intégralement (prestations complémentaires (PC) ou prestations transitoires pour chômeurs âgés (Pträ)) ; ou encore ils aident les personnes économiquement faibles à payer leurs primes (réduction de primes dans l'assurance-maladie).

Le financement des assurances sociales

Forme de financement					
Les assurances sociales	Cotisations des employeurs et des salariés	Cotisations des indépendants	Cotisations des non actifs	Primes individuelles	Contributions des pouvoirs publics
Assurance-vieillesse et survivants	●	●	●		●
Assurance-invalidité	●	●	●		●
Allocations pour perte de gain	●	●	●		
Prévoyance professionnelle	●	●**			
Assurance-maladie				●	●
Assurance-accidents	●	●**		●	
Assurance-chômage	●				
Allocations familiales	●*	●	●***		●****

* Seuls les employeurs paient des cotisations (sauf en Valais où les salariés contribuent également)

** Les indépendants peuvent s'assurer facultativement à la prévoyance professionnelle et à l'assurance-accidents

*** Selon la législation cantonale en vigueur

**** Pour les allocations familiales en faveur des non-actifs et des personnes actives dans l'agriculture

L'assurance-vieillesse et survivants (AVS)



Généralités

Qu'est-ce que l'AVS ?

Une couverture d'assurance pour les personnes âgées et les survivants.

L'assurance-vieillesse et survivants (AVS) est le principal pilier de la prévoyance sociale suisse. Elle vise à garantir le minimum vital en cas de diminution ou de perte du revenu du travail due à l'âge ou au décès.

Les caisses de compensation

- ▶ Les caisses de compensation sont compétentes pour la perception des cotisations et pour le versement des prestations de l'assurance-vieillesse et survivants.

Qui est assuré à l'AVS ?

Toute personne habitant ou travaillant en Suisse.

Sont assurées à l'AVS à titre obligatoire :

- ▶ toutes les personnes qui ont leur domicile en Suisse
- ▶ toutes les personnes qui travaillent en Suisse

Les cotisations

Qui paie des cotisations à l'AVS ?

Toute personne assurée à l'AVS.

Les personnes qui travaillent en Suisse sont tenues de payer des cotisations. Les personnes sans activité lucrative, domiciliées en Suisse, sont soumises à la même obligation ; leur cotisation personnelle est toutefois considérée comme acquittée si celle de leur conjoint ou de leur partenaire enregistré exerçant une activité lucrative et considéré comme étant actif au sens de l'AVS atteint au moins le double de la cotisation minimale. La cotisation minimale AVS/AI/APG se monte à 530 francs par année. Les cotisations des salariés sont déduites par l'employeur à chaque paiement de salaire, puis versées à la caisse de compensation avec la cotisation de l'employeur.

Un revenu n'excédant pas 2 500 francs par année civile (revenu de minime importance) provenant d'une activité indépendante exercée à titre accessoire ou d'une activité salariée n'est soumis à cotisations qu'à la demande de l'assuré. Toutefois, les cotisations dues sur le salaire déterminant des personnes employées dans des ménages privés doivent être versées dans tous les cas (les revenus jusqu'à 750 francs réalisés par des jeunes jusqu'à 25 ans sont exemptés de l'obligation de cotiser à l'AVS). Il en va de même pour les personnes rémunérées par des producteurs de danse et de théâtre, des orchestres, des chœurs, des producteurs dans le domaine phonographique et audiovisuel, des radios et des télévisions, des médias électroniques et imprimés, des entreprises de design, des musées ainsi que par des écoles dans le domaine artistique (en revanche, il n'y a pas d'exemption pour les revenus jusqu'à 750 francs réalisés par des jeunes jusqu'à 25 ans).

Quelle est la durée de cotisation obligatoire ?

La durée de cotisation dépend de l'exercice ou non d'une activité lucrative.

Les personnes qui exercent une activité lucrative sont tenues de payer des cotisations du 1^{er} janvier qui suit la date de leur 17^e anniversaire jusqu'à ce qu'elles cessent leur activité lucrative.

Les assurés non actifs commencent à cotiser à partir du 1^{er} janvier qui suit la date de leur 20^e anniversaire jusqu'à avoir atteint l'âge de référence.

Les années de cotisations manquantes peuvent entraîner une diminution des prestations.

Les personnes qui ont atteint l'âge de référence qui exercent une activité lucrative doivent-elles verser des cotisations ?

L'obligation de cotiser subsiste.

Les personnes qui ont atteint l'âge de référence mais qui poursuivent leur activité lucrative doivent continuer à verser des cotisations, mais bénéficient toutefois d'une franchise de 16 800 francs par an sur laquelle elles ne doivent pas payer de cotisations ; les cotisations sont prélevées sur la partie du revenu de leur activité lucrative qui dépasse ce montant. Elles ont toutefois la possibilité de renoncer à la franchise et ainsi de cotiser sur l'intégralité du revenu de leur activité lucrative.

Comment se calculent les cotisations à l'AVS ?

Les cotisations des personnes actives, en fonction de leur revenu. Celles des non actifs, suivant leur condition sociale.

Dans le cas des salariés, l'employé et l'employeur paient chacun la moitié des cotisations, soit 4,35 % du revenu déterminant chacun, sans plafond. L'employeur est tenu de verser directement la totalité du montant à la caisse de compensation.

Les indépendants paient à leur caisse de compensation une cotisation s'élevant à 8,1 % de leurs revenus, sans plafond. Un barème dégressif prévoit toutefois la réduction du taux jusqu'à 4,35 %, si le revenu annuel est inférieur à 60 500 francs mais s'élève au moins à 10 100 francs.

Dans le cas des personnes sans activité lucrative, la caisse de compensation fixe les cotisations en fonction de leur condition sociale, celle-ci étant déterminée au moyen de leur fortune et de leur revenu acquis sous forme de rente multiplié par 20. Pour les personnes mariées ou liées par un partenariat enregistré, les cotisations se calculent sur la moitié de la fortune et du revenu acquis sous forme de rente multiplié par 20 des deux conjoints ou partenaires enregistrés. Les cotisations sont notamment fixées en tenant compte de la taxation fiscale cantonale. La cotisation AVS varie de 435 francs à 21 750 francs par an.

Quel est le rôle le du compte individuel ?

Servir de base dans le calcul de la rente.

Le compte individuel (CI) enregistre les revenus, les périodes de cotisation ainsi que les bonifications pour tâches d'assistance. Ceux-ci, ainsi que les éventuelles bonifications pour tâches éducatives, servent de base au calcul d'une rente de vieillesse, de survivants ou d'invalidité. La personne assurée qui désire savoir si elle a cotisé pendant toute la durée requise ou si l'employeur a réellement décompté les salaires auprès de la caisse, peut demander par écrit ou directement sur Internet (www.avs-ai.ch) un extrait de son compte CI en indiquant son numéro d'assuré. L'extrait de CI est gratuit.

--> Vidéo explicative « Extrait d'un compte individuel »

Le numéro AVS

- ▶ Le numéro AVS figure sur la carte d'assurance-maladie ainsi que sur le certificat d'assurance AVS/AI. Un assuré qui ne possède pas de carte d'assurance-maladie ni de certificat d'assurance AVS/AI peut s'adresser à sa caisse de compensation afin qu'elle lui délivre ledit certificat d'assurance. Il est alors tenu de le conserver.
- ▶ Les assurés présentent leur carte d'assurance-maladie ou leur certificat d'assurance AVS/AI à leur nouvel employeur lors de chaque engagement et à l'organe compétent en cas de demande de prestations.
- ▶ Important : le numéro AVS doit être indiqué dans toute correspondance avec les caisses de compensation.

Les prestations

Quelles sont les prestations fournies par l'AVS ?

Des rentes, des allocations pour impotent et des moyens auxiliaires.

Les rentes de vieillesse et de survivants ainsi que les allocations pour impotent représentent la majeure partie des prestations de l'AVS. Ces prestations sont adaptées à l'évolution des salaires et des prix.

--> Vidéo explicative « Retraite flexible de la rente de vieillesse »

La rente de vieillesse

- ▶ Les personnes qui atteignent l'âge de référence ont droit à une rente de vieillesse. L'âge de référence des femmes est fixé à 64 ans et 6 mois au 1^{er} janvier 2026. Pour les hommes, il est fixé à 65 ans. Dès le 1^{er} janvier 2025, l'âge de référence des femmes est relevé progressivement de 64 à 65 ans par palier de trois mois par année. Ainsi, à partir de 2028, l'âge de référence sera le même pour tout le monde, soit 65 ans. La rente mensuelle complète de vieillesse s'élève à 1 260 francs au minimum et à 2 520 francs au maximum. En cas de durée de cotisations incomplète, une rente partielle est versée. Le montant des rentes de vieillesse versé à un couple marié ou lié par un partenariat enregistré ne doit pas excéder 150 % du montant maximum de la rente de vieillesse complète, soit 3 780 francs.

La rente de vieillesse

- ▶ Les personnes assurées peuvent anticiper d'un ou deux ans la perception de la rente. Dans ce cas la rente est réduite de 6,8 % par année d'anticipation. Des dispositions spéciales s'appliquent aux femmes nées entre 1961 et 1969. Il est également possible d'anticiper la perception de la rente par mois. Celui qui décide d'ajourner la rente (d'un à cinq ans au maximum) percevra en revanche une rente majorée. La majoration dépend de la durée de l'ajournement. Il est par ailleurs possible d'anticiper ou d'ajourner seulement une partie de la rente (entre 20 % et 80 % de la rente entière), ainsi que de combiner l'anticipation et l'ajournement partiels.

La rente pour enfant

- ▶ Les personnes auxquelles une rente de vieillesse a été allouée ont droit à une rente pour chaque enfant âgé de moins de 18 ans ou qui poursuit une formation (mais pas au-delà des 25 ans). La rente pour enfant s'élève à 40 % de la rente de vieillesse correspondante, soit 504 francs par mois au minimum et 1 008 francs par mois au maximum en cas de durée de cotisations complète. Si les deux parents ont droit à une rente pour enfant, le montant des deux rentes pour enfant ne peut pas dépasser 60 % du montant maximum de la rente de vieillesse, soit 1 512 francs par mois.

La rente de veuve ou de veuf

- ▶ Les veuves ont droit à une rente de veuve si, au moment du décès de leur conjoint,
 - elles ont un ou plusieurs enfants. Est également considérée comme veuve avec enfant l'épouse de la mère si elle était mariée avec la mère au moment de la naissance et si l'enfant a été conçu conformément aux dispositions de la loi sur la procréation médicalement assistée et qu'il existe donc un lien de filiation (art. 255a, al. 1, CC), ou
 - si elles ont 45 ans révolus et ont été mariées au moins 5 ans. Pour les veuves qui ont été mariées plus d'une fois, on tiendra compte de la durée des différents mariages.
- ▶ Les hommes dont la conjointe est décédée ou le conjoint est décédé ont droit à une rente de veuf pour autant qu'ils aient au moment du décès un ou plusieurs enfants.
- ▶ Les personnes divorcées dont l'ex-conjoint est décédé ou l'ex-conjointe est décédée peuvent prétendre à une telle rente lorsqu'elles remplissent certaines conditions.
- ▶ La rente de veuve ou de veuf s'élève à 80 % de la rente de vieillesse (minimum : 1 008 francs par mois ; maximum : 2 016 francs par mois en cas de durée de cotisations complète).
- ▶ Le partenariat enregistré est assimilé au mariage, sa dissolution au divorce et le partenaire enregistré survivant à un veuf.

La rente d'orphelin

- ▶ L'AVS verse une rente d'orphelin en cas de décès de la mère ou du père. En cas de décès des deux parents, les enfants ont droit à deux rentes d'orphelin.
- ▶ Le droit à la rente s'éteint au 18^e anniversaire du bénéficiaire ou au terme de sa formation (mais pas au-delà des 25 ans). La rente d'orphelin s'élève à 40 % de la rente de vieillesse (minimum : 504 francs par mois ; maximum : 1 008 francs par mois en cas de durée de cotisation complète). Si les deux parents sont décédés, les rentes d'orphelin doivent être réduites dans la mesure où leur somme excède 60 % de la rente de vieillesse maximale, soit 1 512 francs par mois.

Le droit aux rentes des Etats contractants

- ▶ Une personne qui a été assurée en Suisse et dans un ou plusieurs Etats contractants perçoit en principe une rente partielle de chacun des Etats où elle a été assurée durant au moins un an. Les prestations suisses et étrangères sont accordées indépendamment les unes des autres et peuvent en principe être cumulées sans qu'il en résulte une quelconque réduction. Le montant de chaque rente est calculé en fonction de la période d'assurance accomplie dans chacun des Etats. Si la période effectuée dans l'un des Etats est trop courte pour justifier le droit à une rente, on prendra en compte les périodes d'assurance qui ont été effectuées dans l'autre Etat (totalisation). La rente elle-même ne s'en trouve cependant pas augmentée.

Le droit aux rentes des Etats membres de l'UE et de l'AELE

- ▶ Une personne qui a été assurée en Suisse et dans un ou plusieurs Etats membres de l'UE resp. de l'AELE perçoit en principe une rente partielle de chacun des Etats où elle a été assurée durant au moins un an. Le montant de chaque rente est calculé en fonction de la période d'assurance accomplie dans chacun des Etats. Si la période effectuée dans l'un des Etats est trop courte pour justifier le droit à une rente, on prendra en compte les périodes d'assurance qui ont été effectuées dans les autres Etats (totalisation). La rente elle-même ne s'en trouve cependant pas augmentée.

L'AVS sert également les prestations suivantes :

L'allocation pour impotent

- ▶ L'allocation pour impotent sert à couvrir des frais d'assistance particuliers. Elle est octroyée aux bénéficiaires de rentes de vieillesse de l'AVS ou de prestations complémentaires, domiciliés et résidant habituellement en Suisse, à condition
 - qu'ils présentent une impotence grave, moyenne ou faible et
 - que leur impotence ait duré six mois au moins sans interruption.
- ▶ Le montant de l'allocation varie en fonction du degré d'impotence :
 - degré d'impotence grave :
1 008 francs par mois (80 % du montant minimal de la rente vieillesse)
 - degré d'impotence moyenne :
630 francs par mois (50 % du montant minimal de la rente de vieillesse)
 - degré d'impotence faible :
252 francs par mois (20 % du montant minimal de la rente de vieillesse)
- ▶ Le droit à une allocation pour une impotence faible est supprimé en cas de séjour en home.

Les moyens auxiliaires

- ▶ Les handicaps liés à la vieillesse peuvent être atténués ou surmontés par des moyens auxiliaires tels qu'appareils acoustiques, fauteuils roulants, etc. L'AVS contribue aux frais de toute une série de moyens auxiliaires destinés aux bénéficiaires de rentes de vieillesse de l'AVS suisse vivant en Suisse.

Comment les personnes assurées peuvent-elles faire valoir leur droit aux prestations ?

En adressant une demande à la caisse de compensation de leur dernière affiliation.

Les personnes qui veulent faire valoir leur droit à une prestation de l'AVS doivent déposer une demande correspondante. Le formulaire 318.370 – *Demande de rente de vieillesse* est disponible auprès des caisses de compensation et de leurs agences, ainsi que sur le site www.avs-ai.ch.

Les personnes qui n'ont jamais cotisé à l'AVS suisse et qui souhaitent faire valoir leur droit aux prestations acquis dans un Etat de l'UE, de l'AELE ou un Etat contractant au titre d'une assurance-vieillesse, survivant et invalidité étrangère doivent déposer leur demande auprès de la Caisse suisse de compensation (www.zas.admin.ch).

Qui a droit aux prestations de l'AVS ?

Toute personne qui a cotisé à l'AVS.

Pour avoir droit aux prestations de l'AVS, la personne assurée :

- ▶ doit avoir payé des cotisations pendant un an au moins, ou
- ▶ son conjoint ou partenaire enregistré actif doit avoir payé au moins le double de la cotisation minimale pendant un an au moins, ou
- ▶ peut justifier d'un droit aux bonifications pour tâches éducatives ou d'assistance

Les mêmes conditions doivent avoir été remplies par la personne décédée pour que l'on puisse faire valoir un droit aux prestations de survivants.

Quand le droit à une rente de vieillesse prend-il naissance ?

A l'âge de référence

En 2026, l'âge de référence est fixé à 64 ans et 6 mois pour les femmes et à 65 ans pour les hommes. Dès le 1^{er} janvier 2025, l'âge de référence des femmes est relevé progressivement de 64 ans et 3 mois à 65 ans par palier de trois mois par année. Ainsi, à partir de 2028, l'âge de référence sera le même pour tout le monde, soit 65 ans. Le droit à la rente de vieillesse prend naissance le premier jour du mois qui suit celui au cours duquel l'ayant droit atteint l'âge de référence et s'éteint à la fin du mois de son décès.

Conseil pratique

- ▶ Il est recommandé de déposer sa demande de rente trois à quatre mois avant l'âge de référence. Les prestations versées rétroactivement ne le seront que pour une période limitée.

--> Vidéo explicative « *Demande de rente de vieillesse* »

Comment se calcule le montant de la rente de vieillesse ?

En fonction de la durée de cotisation et du revenu annuel.

Trois facteurs déterminent le montant de la rente :

- ▶ les années de cotisation prises en compte
- ▶ le revenu de l'activité lucrative
- ▶ les bonifications pour tâches éducatives ou d'assistance

Les personnes qui ont droit aux prestations touchent une rente complète si elles présentent une durée de cotisation complète (44 ans : échelle de rente 44). Si la durée de cotisation est incomplète, l'ayant droit ne recevra qu'une rente partielle : une année de cotisations manquante entraîne une réduction de la rente de 1/44.

Les personnes qui continuent d'exercer une activité lucrative après l'âge de référence peuvent faire prendre en compte leurs cotisations AVS jusqu'à cinq ans au maximum après l'âge de référence. Ainsi, sous certaines conditions, elles peuvent combler des lacunes de cotisation et augmenter leur rente de vieillesse ou, si elles ont déjà une durée de cotisation complète, améliorer leur rente grâce aux revenus supplémentaires (dans les deux cas jusqu'à la rente maximale). Un nouveau calcul de la rente après l'âge de référence n'est possible qu'une seule fois.

Les cotisations versées à des assurances pension étrangères et la durée de cotisation correspondante ne peuvent être ni transférées à l'AVS ni prises en compte de quelque autre manière que ce soit dans l'assurance suisse.

--> Vidéo explicative « Calcul de la rente de vieillesse »

Les bonifications pour tâches éducatives

- ▶ Ces bonifications sont des revenus fictifs pris en considération lors du calcul de la rente. Les assurés peuvent prétendre à des bonifications pour tâches éducatives pour chaque année durant laquelle ils ont exercé l'autorité parentale sur un ou plusieurs enfants âgés de moins de 16 ans. La bonification pour tâches éducatives correspond au triple de la rente de vieillesse annuelle minimale en vigueur au moment de la naissance du droit à la rente. Pour les personnes mariées ou liées par un partenariat enregistré, la bonification est répartie par moitié entre les deux conjoints ou les deux partenaires.

Les bonifications pour tâches d'assistance

- ▶ Ces bonifications sont également des revenus fictifs pris en considération lors du calcul de la rente. Toute personne qui prend en charge des parents nécessitant des soins et qui vivent à proximité, a droit à des bonifications pour tâches d'assistance. Contrairement aux bonifications pour tâches éducatives, ces bonifications-là doivent faire l'objet d'une demande renouvelable chaque année, auprès de la caisse cantonale de compensation AVS concernée. La bonification pour tâches d'assistance correspond au triple de la rente de vieillesse annuelle minimale en vigueur au moment de la naissance du droit à la rente. Elle n'est cependant pas accordée parallèlement à une bonification pour tâches éducatives.

Que se passe-t-il lorsque les prestations de l'AVS et, le cas échéant, les autres revenus ne couvrent pas les besoins vitaux ?

Des prestations complémentaires peuvent être demandées.

Les prestations complémentaires viennent en aide lorsque les rentes et autres revenus ne couvrent pas les besoins vitaux. Elles sont versées uniquement en Suisse. Pour y avoir droit, les personnes qui n'ont pas la nationalité suisse ou d'un Etat membre de l'UE resp. de l'AELE doivent avoir séjourné en Suisse pendant un certain laps de temps sans interruption.

Où peut-on obtenir des informations au sujet de l'AVS ?

Auprès des caisses de compensation.

Les caisses de compensation disposent de mémentos donnant des renseignements complémentaires. La liste complète des adresses des caisses de compensation figure sur le site Internet www.avs-ai.ch.

L'assurance-invalidité (AI)



Généralités

Qu'est-ce que l'AI ?

« La sœur de l'AVS ».

L'assurance-invalidité (AI) est une assurance obligatoire, au même titre que l'assurance-vieillesse et survivants (AVS). Elle vise à prévenir, réduire ou éliminer l'invalidité grâce à des mesures de réadaptation et à garantir les moyens d'existence aux personnes assurées devenues invalides, grâce à des prestations en espèces.

Qui est assuré à l'AI ?

Toute personne habitant ou travaillant en Suisse.

Sont assurées à l'AI à titre obligatoire :

- ▶ toutes les personnes qui ont leur domicile en Suisse
- ▶ toutes les personnes qui travaillent en Suisse

L'invalidité

- ▶ L'AI définit l'invalidité comme une incapacité de gain ou, pour les assurés non actifs, une incapacité à accomplir les tâches habituelles (travaux ménagers par exemple) résultant d'une atteinte à la santé physique, psychique ou mentale. Cette incapacité doit être de longue durée (d'au moins un an). Il importe peu que l'atteinte à la santé provienne d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

Les cotisations

Qui paie des cotisations à l'AI ?

Les personnes assurées à l'AVS/AI, à titre obligatoire.

Les personnes qui travaillent en Suisse sont tenues de payer des cotisations. Les personnes sans activité lucrative, domiciliées en Suisse, sont soumises à la même obligation.

Comment se calculent les cotisations à l'AI ?

L'AI a calqué ses dispositions sur celles de l'AVS.

Les cotisations à l'AI sont prélevées selon la même réglementation que celle en vigueur dans l'AVS.

En ce qui concerne les activités salariées, employé et employeur versent chacun une cotisation s'élevant à 0,7 % du revenu déterminant, sans plafond.

Les indépendants paient une cotisation s'élevant à 1,4 % de leurs revenus, sans plafond. Un barème dégressif prévoit toutefois la réduction du taux jusqu'à 0,752 % si le revenu annuel est inférieur à 60 500 francs mais s'élève au moins à 10 100 francs.

Un revenu n'excédant pas 2 500 francs par année civile (revenu de minime importance) et provenant d'une activité indépendante exercée à titre accessoire ou d'une activité salariée n'est soumis à cotisations qu'à la demande de l'assuré. Toutefois, les cotisations dues sur le salaire déterminant des personnes employées dans des ménages privés doivent être versées dans tous les cas (les revenus jusqu'à 750 francs réalisés par des jeunes jusqu'à 25 ans sont exemptés de l'obligation de cotiser à l'AVS). Il en va de même pour les personnes rémunérées par des producteurs de danse et de théâtre, des orchestres, des chœurs, des producteurs dans le domaine phonographique et audiovisuel, des radios et des télévisions, des médias électroniques et imprimés, des entreprises de design, des musées ainsi que par des écoles dans le domaine artistique (en revanche, il n'y a pas d'exemption pour les revenus jusqu'à 750 francs réalisés par des jeunes jusqu'à 25 ans).

Les assurés sans activité lucrative versent un montant variant entre 70 francs et 3 500 francs par an, compte tenu de leur condition sociale.

Les prestations

Sur quel principe reposent les prestations de l'AI ?

La réadaptation prime la rente.

L'objectif premier de l'assurance-invalidité est de favoriser la réadaptation et la réinsertion socio-professionnelle des personnes handicapées, de manière à ce qu'elles arrivent par leurs propres moyens à subvenir entièrement ou partiellement à leurs besoins et à mener une vie aussi autonome que possible.

L'AI donne la priorité aux mesures de réadaptation, qui servent à améliorer de façon durable et importante la capacité de gain ou à la préserver : les personnes atteintes d'un handicap doivent pouvoir continuer à exercer une activité rémunérée ou à accomplir leurs tâches habituelles (travaux ménagers par exemple).

La rente d'invalidité n'intervient qu'en fin de parcours, lorsque, malgré l'octroi éventuel de mesures de réadaptation, une incapacité durable de gain ou d'accomplir les travaux habituels existe. Les personnes handicapées qui dépendent de l'aide de tiers pour accomplir les actes ordinaires de la vie peuvent prétendre à une allocation pour impotent et/ou une contribution d'assistance.

Les prestations de l'AI sont :

- ▶ La détection précoce
- ▶ Les mesures d'intervention précoce
- ▶ Les mesures de réadaptation
- ▶ L'indemnité journalière
- ▶ La prestation transitoire
- ▶ L'allocation pour impotent
- ▶ La contribution d'assistance
- ▶ La rente d'invalidité
- ▶ La rente pour enfant

Quel est le but de la détection précoce ?

Identifier le plus tôt possible les personnes atteintes dans leur santé afin d'éviter que leur problème de santé ne devienne chronique et ne les rende invalides.

Si, sur la base des informations médicales et professionnelles figurant dans le formulaire de communication ou recueillies lors de l'entretien avec la personne assurée, il ressort qu'elle est en incapacité de travail, menacée d'incapacité de travail prolongée ou d'invalidité, l'office AI invite la personne à déposer une demande AI. La détection précoce permet à l'AI d'intervenir rapidement et de prendre des mesures préventives en faveur de l'insertion professionnelle.

Que sont les mesures d'intervention précoce ?

Des mesures visant à maintenir à leur poste les assurés en incapacité de travail.

L'intervention précoce a pour but d'intervenir rapidement auprès de la personne assurée en vue de la maintenir à son poste ou de permettre sa réintégration à un autre poste. L'intervention précoce vise également à soutenir les jeunes qui n'ont pas encore exercé d'activité lucrative dans leur parcours vers une formation professionnelle ou un premier emploi. Une intervention rapide permet d'éviter que l'état de santé de la personne ne se dégrade.

Entrent notamment en ligne de compte les mesures suivantes :

- ▶ adaptation du poste de travail
- ▶ cours de formation
- ▶ placement
- ▶ orientation professionnelle
- ▶ réadaptation socioprofessionnelle
- ▶ mesures d'occupation
- ▶ conseils et suivi

Que sont les mesures de réadaptation ?

Des mesures visant à améliorer la capacité de gain de façon durable et importante.

Les assurés invalides ou menacés d'invalidité ont droit aux mesures de réadaptation qui sont nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels.

Les assurés ont droit aux mesures de réadaptation dès qu'elles sont indiquées en raison de leur âge et de leur état de santé. En revanche, le droit aux mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle et le droit aux mesures d'ordre professionnel prennent naissance au plus tôt au moment où l'assuré fait valoir son droit aux prestations.

Mesures de réadaptation

Pour maintenir les personnes atteintes dans leur santé professionnellement actives ou les soutenir dans l'accomplissement de leurs travaux habituels, l'AI met à leur disposition différentes mesures de réadaptation, qui sont :

- ▶ les mesures médicales (jusqu'à l'âge de 20 ans ou, à certaines conditions, jusqu'à 25 ans)
- ▶ le conseil et suivi
- ▶ les mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle
- ▶ les mesures d'ordre professionnel
- ▶ les moyens auxiliaires

Les mesures d'ordre professionnel

Pour réinsérer les personnes atteintes dans leur santé dans la vie active, les spécialistes des offices AI sont à même de proposer des mesures d'orientation professionnelle et de placement. En outre, l'AI peut prendre en charge les coûts d'une formation professionnelle ou d'un reclassement.

Par ailleurs, diverses mesures incitatives à l'intention des employeurs sont prévues. Il s'agit notamment de l'allocation d'initiation au travail, du placement à l'essai, de la location des services et de l'indemnité couvrant le risque d'augmentation de la prime d'indemnités journalières en cas de maladie ainsi que des primes de la prévoyance professionnelle. Enfin, si une mesure de réinsertion a lieu dans une entreprise, l'AI peut verser une contribution financière à l'employeur.

Que sont les mesures de nouvelle réadaptation ?

Des mesures visant à améliorer la capacité de gain de façon durable et importante des bénéficiaires de rente AI.

Font partie des mesures de nouvelle réadaptation, les mesures de réinsertion, les mesures d'ordre professionnel, la remise de moyens auxiliaires ainsi que l'octroi de conseils et d'un suivi aux assurés. Pendant la mise en œuvre de mesures de nouvelle réadaptation, la rente continue à être versée en lieu et place de l'indemnité journalière.

Que se passe-t-il à la fin mesures de nouvelle réadaptation ?

Une évaluation de l'invalidité est effectuée.

A la suite du réexamen, une décision de maintien, de modification ou de suppression de la rente est rendue. En cas de réduction ou suppression de la rente, une prestation transitoire peut être versée lorsque la personne présente une nouvelle incapacité de travail. Pendant son versement, une révision de rente est lancée afin de déterminer si le taux d'invalidité s'est modifié. Le droit à la prestation transitoire s'éteint lorsque l'office AI a rendu une décision à l'issue du réexamen du taux d'invalidité ou dès que les conditions du droit ne sont plus remplies.

Quelles sont les conditions d'octroi des mesures de réadaptation ?

Le paiement des cotisations ou la résidence en Suisse.

Les mesures de réadaptation sont octroyées seulement sur le territoire suisse ; elles peuvent l'être exceptionnellement aussi à l'étranger. Le droit à l'octroi de mesures de réadaptation à l'étranger doit être évalué de cas en cas.

Les conditions d'octroi sont plus restrictives pour les personnes auxquelles l'ALCP ou la Convention AELE ne s'appliquent pas : leur droit aux mesures de réadaptation dépend du paiement des cotisations (pour les actifs) ou de la durée de résidence en Suisse (pour les non-actifs) avant la survenance de l'invalidité.

Dans quel cas une personne assurée bénéficie-t-elle d'une rente d'invalidité ?

Si elle présente une incapacité de gain durable.

Lorsque des mesures de réadaptation n'ont pas permis de maintenir ou rétablir la capacité de gain ou d'accomplir les travaux habituels, une rente d'invalidité est octroyée.

Quand le droit à une rente AI peut-il prendre naissance ?

Après examen d'une demande.

Le droit à la rente prend naissance au plus tôt lorsque la personne assurée a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, l'incapacité de travail perdure au moins dans la même mesure.

La rente est versée au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à partir du dépôt de la demande, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré.

Pour avoir droit à une rente AI ordinaire, la personne assurée doit avoir cotisé à l'assurance suisse pendant trois années entières au moins avant la survenance de l'invalidité. Des périodes de cotisation accomplies dans des Etats de l'UE, de l'AELE ou dans certains Etats contractants peuvent être prises en compte en ce qui concerne les ressortissants de ces Etats, s'ils ont cotisé au moins une année à l'assurance suisse.

Quand le droit à une rente AI prend-il fin ?

Au plus tard à l'âge de référence de l'AVS.

Le droit à une rente AI s'éteint lorsque les conditions ne sont plus remplies, mais au plus tard au moment où les bénéficiaires de rente AI atteignent l'âge de référence de l'AVS ou perçoivent une rente de vieillesse complète par anticipation.

Comment évalue-t-on le taux d'invalidité de personnes exerçant une activité lucrative ?

Selon l'étendue de la perte de gain, exprimée en pourcentage.

Le taux d'invalidité est évalué d'après la comparaison des revenus (revenus d'avant et d'après la survenance de l'invalidité).

On calcule d'abord le revenu potentiel de l'activité lucrative de la personne assurée sans son atteinte à la santé. On déduit ensuite de ce montant le revenu que l'assuré pourrait vraisemblablement réaliser avec ses problèmes de santé, mais après exécution des mesures de réadaptation. Le résultat de cette opération est le manque à gagner, en d'autres termes la perte de gain due à l'invalidité. Cette dernière, exprimée en pourcentage, indique le taux d'invalidité.

L'invalidité des personnes non actives (p. ex. les personnes qui s'occupent du ménage) est évaluée en fonction de l'incapacité à accomplir leurs travaux habituels.

Comment se calcule le montant d'une rente AI ?**En se basant sur le taux d'invalidité, la durée de cotisation et le revenu.**

La rente AI se calcule comme la rente de vieillesse.

Trois facteurs déterminent le montant de la rente :

- ▶ les années de cotisation prises en compte
- ▶ le revenu de l'activité lucrative
- ▶ les bonifications pour tâches éducatives ou d'assistance

Les cotisations versées à des assurances pensions étrangères et la durée de cotisation correspondante ne peuvent être ni transférées à l'AI ni prises en compte de quelque autre manière que ce soit dans le calcul du montant de la rente de l'assurance suisse.

Le taux d'invalidité détermine la rente que recevra une personne invalide :

Taux d'invalidité en %	Quotité de la rente
▶ 40 %	25 %
▶ 41 %	27.5 %
▶ 42 %	30 %
▶ 43 %	32.5 %
▶ 44 %	35 %
▶ 45 %	37.5 %
▶ 46 %	40 %
▶ 47 %	42.5 %
▶ 48 %	45 %
▶ 49 %	47.5 %
▶ 50 % – 69 %	la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité
▶ 70 % – 100 %	rente entière

La rente complète d'invalidité s'élève à 1 260 francs par mois au minimum et à 2 520 francs par mois au maximum. La somme de deux rentes individuelles d'un couple marié ou lié par un partenariat enregistré ne peut pas excéder 150 % du montant maximum de la rente de vieillesse, soit 3 780 francs par mois.

Les bénéficiaires d'une rente d'invalidité ont également droit à une rente pour leurs enfants qui n'ont pas encore fêté leurs 18 ans ou qui poursuivent leur formation (mais pas au-delà des 25 ans). La rente pour enfant représente 40 % de la rente d'invalidité correspondante (en cas de durée de cotisations complète 504 francs par mois au minimum et 1 008 francs par mois au maximum). Si les deux parents ont droit à une rente pour enfant de l'AVS ou de l'AI, le montant des deux rentes pour le même enfant ne peut pas dépasser 60 % du montant maximum de la rente d'invalidité, soit 1 512 francs par mois.

Les rentes pour enfant sont réduites, si ajoutées à la rente du père et/ou de la mère, leur montant dépasse 90 % du revenu annuel déterminant.

Le droit aux rentes des Etats contractants

- ▶ En règle générale, une personne qui a été assurée en Suisse et dans un ou plusieurs Etats contractants perçoit une rente partielle de chacun des Etats où elle a été assurée durant au moins un an. Les prestations suisses et étrangères sont accordées indépendamment les unes des autres et peuvent en principe être cumulées sans qu'il en résulte une quelconque réduction. Le montant de chaque rente est calculé en fonction de la période d'assurance accomplie dans chacun des Etats. Si la période effectuée dans l'un des Etats est trop courte pour justifier le droit à une rente, on prendra en compte les périodes d'assurance qui ont été effectuées dans l'autre Etat. La rente elle-même ne s'en trouve cependant pas augmentée.

Le droit aux rentes des Etats membres de l'UE resp. de l'AELE

- ▶ Une personne qui a été assurée en Suisse et dans un ou plusieurs Etats membres de l'UE resp. de l'AELE perçoit en principe une rente partielle de chacun des Etats où elle a été assurée durant au moins un an. Le montant de chaque rente est calculé en fonction de la période d'assurance accomplie dans chacun des Etats. Si la période effectuée dans l'un des Etats est trop courte pour justifier le droit à une rente, on prendra en compte les périodes d'assurance qui ont été effectuées dans les autres Etats (totalisation). La rente elle-même ne s'en trouve cependant pas augmentée.

Dans quel cas une personne assurée a-t-elle droit à une allocation pour impotent ?

Quand elle a besoin de l'aide d'autrui pour accomplir les actes ordinaires de la vie.

L'allocation pour impotent est octroyée à toute personne assurée, domiciliée et résidant habituellement en Suisse, qui, de façon permanente, nécessite une surveillance personnelle ou une aide régulière d'autrui pour accomplir les actes ordinaires de la vie (soit se vêtir/se dévêtir, se lever, s'asseoir, manger, etc.). Elle peut être octroyée dès la naissance pour autant qu'il existe une impotence d'une durée probable de plus de douze mois. L'octroi de l'allocation pour impotent aux ressortissants d'un Etat n'ayant pas conclu de convention de sécurité sociale avec la Suisse est soumis à des conditions particulières.

Le montant de l'allocation varie en fonction du degré d'impotence :

- ▶ degré d'impotence grave :
2 016 francs par mois (80 % du montant maximum de la rente de vieillesse)
- ▶ degré d'impotence moyenne :
1 260 francs par mois (50 % du montant maximum de la rente de vieillesse)
- ▶ degré d'impotence faible :
504 francs par mois (20 % du montant maximum de la rente de vieillesse)

Le montant de l'allocation pour impotent versée aux assurés majeurs qui séjournent dans un home correspond à un quart de ces montants. En principe, les assurés mineurs ne touchent une allocation pour impotent que pour les jours qu'ils passent à la maison.

Si l'enfant a besoin d'un surcroît d'aide d'au moins quatre heures en moyenne durant la journée, il a droit, à certaines conditions, à un supplément pour soins intenses.

Dans quel cas une personne assurée a-t-elle droit à une contribution d'assistance ?

Lorsqu'elle vit ou souhaite vivre à domicile, bénéficie d'une allocation pour impotent de l'AI et nécessite une assistance régulière.

Cette prestation permet à la personne assurée d'engager un assistant qui lui fournira l'aide dont elle a besoin. L'objectif principal de la contribution d'assistance est de renforcer l'autonomie de la personne qui en bénéficie, de la responsabiliser et de lui permettre de vivre chez elle.

La contribution est calculée en fonction du temps nécessaire pour l'assistance.

Pour pouvoir bénéficier de cette prestation, l'assuré mineur ou l'assuré majeur dont l'exercice des droits civils est restreint doit remplir des conditions supplémentaires.

Comment les personnes assurées peuvent-elles faire valoir leur droit d'assistance aux prestations ?

Les prestations ne sont accordées que sur demande.

Pour obtenir des prestations de l'AI, les personnes assurées doivent s'annoncer auprès de l'office AI de leur canton de domicile. Le formulaire nécessaire peut être obtenu auprès des offices AI, des caisses de compensation ou leurs agences. Il peut aussi être téléchargé sur le site www.avs-ai.ch.

Conseil pratique

- ▶ La demande doit être déposée le plus tôt possible, c'est-à-dire dès le moment où l'on peut prévoir une invalidité de longue durée. Il convient de ne pas différer le dépôt de la demande jusqu'à l'épuisement des prestations de l'assurance-maladie ou de l'assurance-accidents.

Que se passe-t-il lorsque les prestations de l'AI ne suffisent pas ?

Des prestations complémentaires peuvent être demandées.

Les prestations complémentaires viennent en aide lorsque les rentes et autres revenus ne couvrent pas les besoins vitaux. Elles sont versées uniquement en Suisse. Pour y avoir droit, les personnes qui n'ont pas la nationalité suisse ou d'un Etat membre de l'UE resp. de l'AELE doivent avoir séjourné en Suisse pendant un certain laps de temps sans interruption.

Où peut-on obtenir des informations au sujet l'AI ?

Auprès des offices AI.

Les offices AI disposent de mémentos donnant des renseignements complémentaires. Leurs adresses figurent sur le site Internet www.avs-ai.ch.

Les allocations pour perte de gain en cas de service, de maternité, à l'autre parent, de prise en charge d'un enfant gravement atteint dans sa santé et d'adoption (APG/AMat/AAP/APC/AAdop)



Généralités

Que sont les allocations pour perte de gain en cas de service, de maternité, à l'autre parent, de prise en charge d'un enfant gravement atteint dans sa santé et d'adoption ?

Une prestation qui permet de compenser la perte de gain en cas de service ou en cas de maternité, à l'autre parent, de prise en charge d'un enfant gravement atteint dans sa santé ou d'adoption d'un enfant de moins de quatre ans.

Qui est assuré aux APG ?

Toute personne habitant ou travaillant en Suisse.

Sont assurées aux APG à titre obligatoire :

- ▶ toutes les personnes qui ont leur domicile en Suisse
- ▶ toutes les personnes qui travaillent en Suisse

Les cotisations

Qui paie des cotisations aux APG ?

Les personnes assurées à l'AVS/AI, à titre obligatoire.

Les personnes assurées à l'AVS/AI – autrement dit celles qui sont domiciliées ou travaillent en Suisse – sont tenues de payer des cotisations.

Comment se calculent les cotisations aux APG ?

Le régime des APG a calqué ses dispositions sur celles de l'AVS.

Les cotisations aux APG sont prélevées selon la même réglementation que celle en vigueur dans l'AVS.

En ce qui concerne les activités salariées, employé et employeur versent chacun une cotisation s'élevant à 0,25 % du revenu déterminant, sans plafond.

Les indépendants paient une cotisation s'élevant à 0,5 % de leurs revenus, sans plafond. Un barème dégressif prévoit toutefois la réduction du taux jusqu'à 0,269 % si le revenu annuel est inférieur à 60 500 francs mais s'élève au moins à 10 100 francs.

Un revenu n'excédant pas 2 500 francs par année civile (revenu de minime importance) provenant d'une activité indépendante exercée à titre accessoire ou d'une activité salariée ou indépendante n'est soumis à cotisations qu'à la demande de l'assuré. Toutefois, les cotisations dues sur le salaire déterminant des personnes employées dans des ménages privés doivent être versées dans tous les cas (les revenus jusqu'à 750 francs réalisés par des jeunes jusqu'à 25 ans sont exemptés de l'obligation de cotiser à l'AVS). Il en va de même pour les personnes rémunérées par des producteurs de danse et de théâtre, des orchestres, des chœurs, des producteurs dans le domaine phonographique et audiovisuel, des radios et des télévisions, des médias électroniques et imprimés, des entreprises de design, des musées ainsi que par des écoles dans le domaine artistique (en revanche, il n'y a pas d'exemption pour les revenus jusqu'à 750 francs réalisés par des jeunes jusqu'à 25 ans).

Les assurés sans activité lucrative versent un montant variant entre 25 francs et 1 250 francs par an, compte tenu de leur condition sociale.

Les prestations

Quelles sont les prestations servies par le régime APG et qui y a droit ?

Diverses allocations en cas de service et une allocation en cas de maternité, à l'autre parent, de prise en charge d'un enfant gravement atteint dans sa santé ou d'adoption.

Les allocations en cas de service

Elles sont allouées notamment aux personnes qui font du service dans l'armée suisse ou dans le Service de la Croix-Rouge, qui effectuent un service civil ou un service de protection civile. Elles se décomposent comme suit :

- ▶ l'allocation de base : elle s'élève à 80 % du revenu moyen acquis avant le service (minimum : 69 francs par jour ; maximum : 220 francs par jour)
- ▶ l'allocation pour enfant : elle s'élève à 22 francs par jour et par enfant de moins de 18 ans (25 ans en cas d'étude ou d'apprentissage)
- ▶ l'allocation pour frais de garde : elle correspond aux coûts effectifs, mais au maximum à 75 francs par jour, si l'assuré vit en ménage commun avec un ou plusieurs enfants de moins de 16 ans et si de tels frais sont établis
- ▶ l'allocation d'exploitation : elle s'élève à 75 francs par jour pour les personnes qui font du service et qui dirigent une entreprise (propriétaires, fermiers, etc.)

L'allocation de maternité

Elle est servie aux femmes exerçant une activité lucrative, en incapacité de travail ou au chômage ainsi qu'aux bénéficiaires d'indemnités journalières d'une assurance sociale ou privée. Elle s'élève à 80 % du revenu moyen de l'activité lucrative obtenu avant le début du droit à l'allocation. Le montant maximal de l'allocation s'élève à 220 francs par jour.

L'allocation de maternité est octroyée lorsque trois conditions sont remplies cumulativement :

- ▶ exercer une activité lucrative salariée ou indépendante
- ▶ avoir été assurée obligatoirement à l'AVS durant les neuf mois précédant l'accouchement (durée réduite en conséquence si l'accouchement intervient avant la fin du 9^e mois de grossesse)
- ▶ avoir, au cours de cette période, exercé une activité lucrative durant au moins cinq mois

Les périodes d'emploi et d'assurance accomplies au Royaume-Uni ou dans un Etat membre de l'UE ou de l'AELE sont prises en compte dans ce calcul.

Le droit à l'allocation prend effet le jour de l'accouchement et s'éteint 98 jours (14 semaines) plus tard. Si l'enfant est hospitalisé directement après la naissance pendant plus de 14 jours sans interruption, le droit est prolongé de la durée de l'hospitalisation, mais au maximum de 56 jours.

Le droit cesse avant ce terme si la mère reprend une activité lucrative, quel que soit son taux d'occupation, ou si elle décède.

La demande d'allocation de maternité doit être déposée auprès de la caisse de compensation compétente.

L'allocation à l'autre parent

Les pères ou les épouses de la mère, considérées comme l'autre parent au sens de l'art. 255a, al. 1, CC, exerçant une activité lucrative ont droit à un congé de l'autre parent de deux semaines (14 indemnités journalières au maximum) dans les six premiers mois suivant la naissance de leur enfant. Ils touchent, à titre d'allocation pour perte de gain, 80 % du revenu moyen soumis à l'AVS qu'ils réalisaient avant la naissance, mais au maximum 220 francs par jour.

L'allocation de prise en charge

Les parents qui doivent interrompre leur activité lucrative pour prendre en charge leur enfant gravement atteint dans sa santé ont droit à un congé de prise en charge de 14 semaines. Le congé est à prendre dans un délai cadre de 18 mois. Le congé peut être pris sous forme de semaines ou de jours isolés.

L'allocation pour prise en charge se monte à 80 % du revenu AVS moyen de l'activité réalisé avant l'interruption de l'activité lucrative, mais au maximum à 220 francs par jour. Si les deux parents remplissent le droit aux prestations, ils peuvent librement se partager le congé. Un maximum de 98 indemnités journalières sont versées, dans un délai-cadre de 18 mois.

Les personnes bénéficiant de l'indemnité de chômage peuvent également bénéficier de ces allocations perte de gain.

L'allocation d'adoption

Les personnes qui exercent une activité lucrative et accueillent un enfant de moins de quatre ans en vue de son adoption pourront bénéficier d'un congé de deux semaines. Le congé d'adoption doit être pris dans le courant de l'année qui suit l'accueil de l'enfant.

Le congé peut être pris sous forme de semaines ou de jours isolés. Si les deux parents adoptifs sont actifs, ils peuvent se partager le congé, mais ne peuvent pas le prendre en même temps. Aucun droit n'est prévu dans le cas de l'adoption de l'enfant du conjoint ou du partenaire. L'allocation d'adoption se monte à 80 % du revenu moyen de l'activité lucrative, mais au maximum à 220 francs par jour. Un maximum de quatorze indemnités journalières sont versées, dans un délai-cadre de 12 mois.

La demande d'allocation d'adoption doit être déposée auprès de la caisse fédérale de compensation (CFC).

La prévoyance professionnelle (PP)



Généralités

Qu'est-ce que la prévoyance professionnelle ?

Une assurance qui doit donner aux assurés la possibilité de maintenir de façon appropriée leur niveau de vie antérieur à la retraite.

L'objectif de la PP est d'atteindre – par addition de la PP à la rente AVS/AI – 60 % du dernier salaire.

La loi définit les prestations minimales obligatoires. Les institutions de prévoyance peuvent prévoir, dans leur règlement, des prestations allant au-delà du minimum obligatoire. Elles peuvent notamment assurer un salaire inférieur au salaire plancher ou supérieur au plafond définis dans la loi ; toutefois, le salaire maximal assurable est de 90 720 francs par an.

Qui est assuré à la PP ?

Tout salarié, assuré à l'AVS, qui perçoit un salaire minimum déterminé.

Les salariés qui touchent d'un même employeur un salaire annuel supérieur à 22 680 francs sont soumis à l'assurance obligatoire pour la couverture des risques de décès et d'invalidité dès le 1^{er} janvier qui suit la date de leur 17^e anniversaire, et pour la vieillesse dès le 1^{er} janvier qui suit la date de leur 24^e anniversaire. La part du salaire soumise à l'assurance obligatoire est plafonnée.

La partie du salaire annuel comprise entre 26 460 francs (déduction de coordination) et 90 720 francs doit être assurée. Cette partie du salaire s'appelle « salaire coordonné ». Le salaire coordonné minimal est de 3 780 francs.

Tout employeur occupant des salariés soumis à l'assurance obligatoire doit être affilié à une institution de prévoyance inscrite dans le registre de la prévoyance professionnelle.

Ne sont pas soumises à l'assurance obligatoire, les personnes salariées :

- ▶ jusqu'au 31 décembre qui suit leur 17^e anniversaire
- ▶ qui ont atteint l'âge de référence
- ▶ qui n'ont pas un revenu supérieur à 22 680 francs par an, ou à 1 890 francs par mois
- ▶ dont l'employeur n'est pas tenu de cotiser à l'AVS
- ▶ ayant un contrat de travail de durée limitée ne dépassant pas trois mois
- ▶ qui exercent une activité accessoire et sont déjà soumises à l'assurance obligatoire pour une activité lucrative exercée à titre principal ou lorsqu'elles exercent une activité lucrative indépendante à titre principal
- ▶ qui sont invalides, au sens de l'AI, à raison de 70 % au moins
- ▶ membres de la famille d'un exploitant agricole qui travaillent dans son entreprise, soit :
 1. les parents de l'exploitant en ligne directe, ascendante ou descendante, ainsi que les conjoints ou les partenaires enregistrés de ces parents
 2. les gendres ou les belles-filles de l'exploitant qui, selon toute vraisemblance, reprendront l'entreprise pour l'exploiter personnellement

Ces personnes peuvent s'assurer à titre facultatif.

Que peut faire une personne active qui n'est pas soumise à l'assurance obligatoire ?

Adhérer à l'assurance facultative.

La PP offre aux indépendants ou aux salariés dont l'employeur n'est pas soumis à l'obligation de cotiser à l'AVS la possibilité de s'assurer facultativement.

Les indépendants peuvent s'assurer facultativement auprès :

- ▶ de l'institution de prévoyance dont ils relèvent en raison de leur profession
- ▶ de l'institution de prévoyance qui assure leurs salariés
- ▶ de l'institution supplétive

Les salariés assurés à l'AVS dont l'employeur n'est pas soumis à l'obligation de cotiser à l'AVS peuvent, comme les indépendants, s'assurer facultativement. Ils doivent payer l'intégralité des cotisations.

Les cotisations

Qui paie des cotisations à la PP ?

Les salariés et les employeurs.

L'employeur verse les deux parts de cotisations à l'institution de prévoyance. Les cotisations des salariés sont prélevées directement sur leur salaire.

A combien s'élèvent les cotisations à la PP ?

Les montants sont fixés dans le règlement des institutions de prévoyance.

Chaque institution de prévoyance fixe dans son règlement le montant des cotisations de l'employeur et des salariés. La contribution de l'employeur doit être au moins égale à la somme des cotisations de ses salariés.

Que devient l'avoir de vieillesse en cas de changement d'emploi ou de cessation de l'activité lucrative ?

Il est transféré à l'institution de prévoyance du nouvel employeur ou sur un compte ou une police de libre passage.

Les personnes assurées qui quittent leur institution de prévoyance avant la survenance d'un cas d'assurance (vieillesse, décès ou invalidité) ont droit à une prestation de sortie, appelée aussi prestation de libre passage. Il y a libre passage lorsqu'une personne assurée change d'employeur ou lorsqu'elle cesse son activité lucrative avant l'âge de référence.

En cas de changement d'employeur, l'institution de prévoyance transfère la prestation de sortie à l'institution de prévoyance du nouvel employeur.

Si la personne assurée cesse son activité lucrative avant l'âge de référence, elle est tenue d'indiquer à l'institution de prévoyance sous quelle forme admise elle entend maintenir sa prévoyance. Elle a le choix entre un compte de libre passage auprès d'une fondation bancaire ou une police de libre passage auprès d'une société d'assurance.

Si la personne assurée ne communique pas ses intentions, l'institution de prévoyance est tenue de transférer la prestation de sortie à l'institution supplétive, au plus tard deux ans après la survenance du cas de libre passage.

Qu'en est-il des cotisations versées à des systèmes étrangers de prévoyance professionnelle ?

En principe, elles ne sont pas prises en compte par la PP suisse.

Les cotisations versées à des systèmes étrangers de prévoyance professionnelle ne sont pas prises en compte par la PP suisse. Elles ne peuvent pas être transférées sur un compte PP suisse, sauf s'il s'agit de cotisations versées au système de prévoyance professionnelle du Liechtenstein.

En revanche, si l'assuré obtient un remboursement de ces cotisations, il peut s'en servir pour racheter des années de cotisations auprès de l'institution de prévoyance suisse et avoir ainsi droit aux prestations réglementaires.

Les règles concernant les rachats sont fixées par les règlements des institutions de prévoyance. Pour les personnes qui s'installent en Suisse et qui n'ont jamais été affiliées à une institution de prévoyance en Suisse, le rachat est toutefois limité annuellement à 20 % du salaire assuré pendant les cinq années qui suivent l'entrée dans l'institution de prévoyance suisse. Les rachats sont déductibles du revenu imposable.

Qu'advient-il de l'avoir de vieillesse en cas de départ définitif de la Suisse ?

Le paiement en espèces de la prestation de sortie peut être demandé sans autre. Le paiement en espèces de la prestation de sortie n'est possible qu'à certaines conditions si l'assuré se rend dans un Etat membre de l'UE resp. de l'AELE.

En principe, l'assuré qui quitte définitivement la Suisse peut demander le paiement en espèces de sa prestation de sortie.

Toutefois, le versement en espèces des avoirs de la prévoyance professionnelle obligatoire n'est pas possible lorsque l'assuré s'établit dans un Etat membre de l'UE resp. de l'AELE (Liechtenstein excepté) et qu'il est obligatoirement soumis au régime de sécurité sociale de cet Etat. Des informations supplémentaires sont disponibles sur le site Internet de l'organe de liaison du Fonds de garantie LPP (www.sfbvg.ch).

Les prestations

Quelles prestations fournit la PP ?

Des prestations de vieillesse, d'invalidité, de survivants et au titre de l'encouragement à la propriété du logement.

Toute personne soumise à la prévoyance professionnelle a droit :

- ▶ à une rente de vieillesse lorsqu'elle atteint l'âge de référence
- ▶ à une rente d'invalidité si elle présente une incapacité de gain durable d'au moins 40 %. Si le degré d'invalidité est d'au moins 70 %, la rente AI entière est versée. Si le degré d'invalidité est compris entre 50 % et 69 %, le pourcentage d'une rente AI entière correspond au degré d'invalidité. Si le degré d'invalidité est compris entre 40 % et 49 %, le pourcentage d'une rente complète se situe entre 25 % et 47,5 %.
- ▶ à une rente pour chaque enfant qui, au décès de l'assuré, aurait droit à une rente d'orphelin
- ▶ à une prestation en capital, lorsque la rente de vieillesse ou d'invalidité est inférieure à 10 % de la rente minimale de vieillesse de l'AVS ou si le règlement de l'institution de prévoyance le prévoit.

Par ailleurs, les survivants (conjoint, partenaire et enfants) ont droit à une rente de survivant si la personne décédée était assurée ou recevait une rente au moment de son décès.

Pour l'acquisition d'un logement, l'assuré peut, à certaines conditions, mettre en gage son droit aux prestations ou toucher tout ou partie de ses avoirs de la PP. A cet effet, le conjoint ou le partenaire enregistré doit donner son consentement écrit.

La rente de survivant

Le conjoint ou le partenaire survivant de l'assuré a droit à une rente,

- ▶ s'il a un ou plusieurs enfants à charge ou
- ▶ s'il a atteint l'âge de 45 ans et que le mariage ou le partenariat enregistré a duré au moins cinq ans.

Si le conjoint ou le partenaire survivant ne remplit aucune de ces conditions, c'est une indemnité unique (d'un montant équivalent à trois rentes annuelles) qui lui sera versée. Le droit à la rente s'éteint en cas de remariage ou d'enregistrement d'un nouveau partenariat.

Au décès de l'ex-époux, l'époux divorcé a aussi droit à une rente de veuf ou de veuve,

- ▶ si le mariage a duré dix ans au moins, et
- ▶ si l'ex-époux était tenu de lui verser une pension alimentaire.

Cette règle est aussi valable en cas de dissolution du partenariat enregistré.

Les règlements peuvent prévoir d'autres bénéficiaires de prestations de survivants (parents, frères, sœurs, concubins) ; ils sont disponibles auprès de la caisse de pensions à laquelle l'employeur est affilié. En règle générale, toutes ces indications figurent sur le certificat d'assurance de l'assuré.

Encouragement à la propriété du logement

L'assuré peut, pour financer un logement principal servant à ses besoins personnels ou pour amortir une hypothèque grevant ledit logement :

- ▶ mettre en gage le droit aux prestations de prévoyance
- ▶ mettre en gage un montant à concurrence de la prestation de libre passage, à certaines conditions
- ▶ percevoir un versement anticipé, à concurrence de sa prestation de libre passage

Des restrictions existent toutefois pour les assurés âgés de plus de 50 ans. En cas de versement anticipé, les prestations de prévoyance subissent une réduction en conséquence.

En cas de vente du logement, l'assuré doit en principe reverser le montant perçu à l'institution de prévoyance.

Le versement anticipé fait l'objet d'une imposition, montant qui est restitué en cas de remboursement à l'institution.

Comment se calculent les prestations ?

Sur la base de l'avoir de vieillesse – en d'autres termes sur la base des avoirs épargnés par la personne assurée.

La rente de vieillesse annuelle correspond à 6,8 % de l'avoir de vieillesse de la personne assurée, y compris les intérêts, au moment de la retraite.

La rente d'invalidité correspond à 6,8 % de l'avoir de vieillesse acquis au moment de la survenance de l'invalidité, avec les intérêts, et des bonifications de vieillesse futures extrapolées à l'âge de référence, sans intérêts.

La prestation peut être versée en capital, lorsque la rente de vieillesse ou d'invalidité est inférieure à 10 % de la rente minimale de vieillesse de l'AVS ou si le règlement de l'institution de prévoyance le prévoit.

La rente du conjoint ou partenaire survivant s'élève à 60 % et celle d'orphelin à 20 % de la rente d'invalidité entière qu'aurait pu toucher la personne assurée.

La prestation peut être versée en capital, lorsque la rente du conjoint ou partenaire survivant est inférieure à 6 % (la rente d'orphelin à 2 %) de la rente minimale de vieillesse de l'AVS ou si le règlement de l'institution de prévoyance le prévoit.

Une retraite anticipée est-elle possible ?

Oui, si le règlement de l'institution de prévoyance le prévoit.

La prestation de vieillesse peut être perçue avant l'âge de référence (au plus tôt à l'âge de 58 ans), mais non sans induire une réduction des prestations.

La conservation des attestations d'assurance

- ▶ Les assurés doivent conserver toutes les attestations d'assurance délivrées par les caisses de pensions.

La recherche d'avoir oubliés

- ▶ Les personnes qui ne savent pas où elles possèdent un avoir du 2^e pilier peuvent s'adresser à la « Centrale du 2^e pilier » (www.sfbvg.ch). Celle-ci leur indiquera quelles institutions détiennent d'éventuels avoirs de la PP ou des comptes ou polices de libre passage les concernant.

Où peut-on obtenir des informations au sujet de la PP ?

Auprès des caisses de pensions, des autorités cantonales de surveillance LPP ou de l'institution supplétive.

C'est à votre employeur de vous communiquer le nom de la caisse de pensions à laquelle l'entreprise est affiliée.

La prévoyance individuelle liée (pilier 3a)



Généralités

Qu'offre la prévoyance individuelle liée ?

Une autre forme de prévoyance.

Les prestations de la prévoyance individuelle facultative viennent s'ajouter à celles de l'AVS/AI et de la prévoyance professionnelle pour maintenir le niveau de vie antérieur de l'assuré lors de la retraite. Le présent chapitre traite du pilier 3a.

La loi encourage cette forme de prévoyance par des avantages fiscaux, ce qui signifie que les cotisations sont déductibles du revenu imposable jusqu'à concurrence de certaines limites (7258 francs par an pour les personnes affiliées à une institution de prévoyance professionnelle et 20 % du revenu provenant d'une activité lucrative, mais au maximum 36288 francs par an, pour les personnes qui ne sont pas affiliées à une institution de prévoyance professionnelle). Les fonds ne peuvent être versés que lors de la survenance d'un événement assuré (retraite, décès ou invalidité) ou pour l'acquisition, à certaines conditions, de son propre logement.

Les cotisations

Qui paie les cotisations à la prévoyance individuelle ?

Toute personne qui s'assure facultativement et qui a un revenu soumis à l'AVS.

Quiconque veut conserver son niveau de vie après la cessation de son activité lucrative régulière peut prendre toutes les dispositions nécessaires auprès d'une fondation bancaire ou d'une compagnie d'assurances. L'assurance est facultative. L'assuré détermine lui-même le montant annuel des cotisations et les verse sur un compte bloqué. Ces montants sont bloqués jusqu'à la réalisation d'un risque.

Les personnes qui continuent de travailler au-delà de l'âge de référence peuvent ajourner la perception des prestations de vieillesse du pilier 3a jusqu'à la cessation de leur activité. Cet ajournement est possible durant cinq ans au plus ; elles peuvent ainsi continuer de cotiser à un pilier 3a privilégié fiscalement.

Les prestations

Quelles sont les prestations fournies par la prévoyance individuelle ?

Des prestations de vieillesse, d'invalidité et de survivants et des prestations au titre de l'encouragement à la propriété du logement.

La personne assurée bénéficie des prestations de la prévoyance individuelle – dont la forme (capital ou rente) et le montant dépendent du contrat conclu avec la fondation bancaire ou la compagnie d'assurances – en complément à l'AVS/AI et à la prévoyance professionnelle.

Où et quand les personnes assurées peuvent faire valoir leur droit ?

Auprès de leur fondation bancaire ou de leur compagnie d'assurances lors de la survenance d'un événement assuré (retraite, décès ou invalidité) ou, à certaines conditions, pour le financement de leur propre logement.

Les prestations de la prévoyance liée sont fournies conformément au contrat conclu. Les prestations de vieillesse sont versées au plus tôt cinq ans avant l'âge de référence de l'AVS.

Les personnes qui continuent de travailler au-delà de l'âge de référence peuvent continuer pendant cinq ans de cotiser à un 3^e pilier privilégié fiscalement.

Le versement anticipé est possible dans certains cas, comme l'acquisition de son propre logement ou l'établissement à son compte.

Existe-t-il une autre forme de prévoyance individuelle ?

Oui, le pilier 3b.

La prévoyance libre (pilier 3b) est ouverte à tous et n'est soumise à aucun plafonnement. Elle peut faire l'objet d'avantages fiscaux.

Où peut-on obtenir des informations au sujet de la prévoyance individuelle ?

Auprès des banques et des compagnies d'assurances.

L'assurance-maladie (AMal)



Généralités

Qu'offre l'assurance-maladie ?

Une couverture d'assurance en cas de maladie, de maternité ou d'accident.

L'assurance-maladie sociale garantit à chacun l'accès aux soins médicaux de base en cas de maladie, en cas de maternité ou en cas d'accident si une assurance-accidents n'en assume pas la prise en charge.

Qui doit conclure une assurance-maladie ?

Toute personne domiciliée en Suisse ou soumise au régime suisse de sécurité sociale.

Toute personne domiciliée en Suisse a l'obligation de s'assurer. Toute personne qui séjourne en Suisse pour trois mois ou plus doit s'assurer dans un délai de trois mois. Le même délai est imposé aux parents pour affilier leur nouveau-né. Adultes et enfants sont assurés individuellement.

La personne assurée a le libre choix de son assureur. La liste complète des assureurs-maladie se trouve sur le site de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) : www.bag.admin.ch.

En règle générale, l'affiliation à l'assurance-maladie n'est pas assurée par l'entremise de l'employeur. La personne qui doit s'assurer entreprendra elle-même les démarches nécessaires.

Les personnes résidant à l'étranger mais soumises au régime suisse de sécurité sociale conformément à l'ALCP ou à la Convention AELE ont aussi l'obligation de s'assurer en Suisse. La convention avec le Royaume-Uni prévoit également des dispositions concernant l'assurance-maladie. Certaines personnes bénéficient d'un droit d'option et peuvent se faire libérer de l'obligation de s'assurer en Suisse si elles prouvent qu'elles sont assurées dans leur Etat de résidence (voir le tableau ci-après). La liste des assureurs et des primes par Etat de l'UE resp. de l'AELE est disponible sur le site de l'OFSP : www.bag.admin.ch. Adultes et enfants sont assurés individuellement auprès du même assureur.

Résidence dans un Etat de l'UE resp. l'AELE et affiliation à l'assurance-maladie

Catégorie de personne	Droit d'option : assurance dans l'Etat de résidence ou en Suisse	Assurance dans l'Etat de résidence	Assurance en Suisse
-----------------------	---	---------------------------------------	---------------------

Lorsque la personne réside dans l'un des Etats suivants :

▶ Travailleurs ▶ Frontaliers ▶ Rentiers ▶ Chômeurs	AT, DE, FR, IT ES*, PT* * de rentiers uniquement	LI	BE, BG, CY, CZ, DK, EE, FI, GR, HR, HU, IE, IS, LT, LU, LV, MT, NL, NO, PL, RO, SE, SI, SK ES*, PT* * sauf de rentiers
---	--	----	---

Membres, sans activité lucrative de la famille de :	FI	DK, LI, PT, SE	BE, BG, CY, CZ, EE, GR, HR, IE, IS, LT, LU, LV, MT, NL, NO, PL, RO, SI, SK
▶ Travailleurs ▶ Frontaliers ▶ Rentiers ▶ Chômeurs ▶ Personnes avec une autorisation de séjour de courte durée	ES* * de rentiers uniquement AT**, FR**, IT** ** assurance dans le même Etat que les travail- leurs frontaliers, rentiers, chômeurs DE*** *** possibilité de choix séparé pour les membres de la famille sans activité lucrative	ES*, HU* * sauf de rentiers	HU* * de rentiers uniquement

Les Etats sont mentionnés ici par leurs abréviations (code ISO). Voir la liste des noms en page 9.

Assurance en Suisse – domicile dans un Etat membre de l'UE resp. de l'AELE

- ▶ Les personnes assurées obligatoirement en Suisse mais résidant dans un Etat membre de l'UE resp. de l'AELE doivent s'inscrire auprès de l'institution d'assurance-maladie de leur lieu de résidence pour les formalités administratives.
- ▶ Les personnes assurées en Suisse et domiciliées dans l'UE (travailleurs, rentiers, chômeurs), ainsi que leurs membres de famille, peuvent en principe se faire soigner soit dans leur Etat de domicile, soit en Suisse.

Lieu de travail dans un Etat membre de l'UE resp. de l'AELE – domicile en Suisse

- ▶ Les ressortissants suisses ou d'un Etat membre de l'UE resp. de l'AELE résidant en Suisse mais travaillant dans un Etat membre de l'UE resp. de l'AELE sont soumis à l'assurance de l'Etat d'emploi. Les frontaliers qui résident en Suisse et travaillent par exemple en Allemagne doivent conclure une assurance-maladie en Allemagne pour eux-mêmes et les membres non actifs de leur famille. En cas de maladie, ils bénéficient en Suisse du même traitement que les personnes assurées en Suisse. Les coûts sont pris en charge par l'assurance étrangère.

Conseil pratique

- ▶ L'affiliation à l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie doit intervenir dans les trois mois qui suivent la prise de domicile en Suisse ou la naissance de l'obligation de s'assurer. Il est donc recommandé de s'adresser le plus rapidement possible à l'assureur-maladie de son choix.

Les primes

Qui paie les primes d'assurance ?

La personne assurée.

Les personnes assurées ont – suivant l'offre proposée par la caisse-maladie – des possibilités de réduire leur prime, qui sont :

- ▶ La franchise à option : l'assureur accorde un rabais sur la prime si la personne assurée s'engage à prendre en charge une franchise annuelle plus élevée que les 300 francs de la franchise ordinaire (gratuite pour les enfants). Pour les adultes, les franchises à option s'élèvent à 500, 1 000, 1 500, 2 000 et 2 500 francs. Pour les enfants, elles s'élèvent à 100, 200, 300, 400, 500 et 600 francs
- ▶ Un choix limité des fournisseurs de prestations (HMO [Health Maintenance Organization] ou système du médecin de famille par exemple) : la personne assurée peut s'engager à se faire soigner exclusivement dans un collectif médical appelé HMO, ou à consulter en premier lieu un médecin de famille qui décidera de l'adresser ou non à un spécialiste (modèle du médecin de famille). Elle bénéficiera ainsi d'une réduction de prime, mais elle n'aura plus le libre choix ni du médecin ni de l'hôpital (sauf en cas d'urgence)
- ▶ Une assurance avec bonus : la personne assurée obtient une réduction de sa prime pour chaque année où elle ne sollicite pas de remboursement de frais de maladie à son assureur. L'assurance avec bonus est relativement rare

Quel est le montant de la prime d'assurance ?

Il varie selon l'assureur, le lieu de domicile et la forme d'assurance.

La prime ne dépend pas du revenu de la personne assurée, mais varie selon l'assureur, le lieu de domicile et la forme d'assurance choisie. Les personnes résidant dans un Etat membre de l'UE resp. de l'AELE et ayant l'obligation de s'assurer en Suisse paient aussi des primes en fonction de l'assureur et de leur lieu de domicile. Ces personnes n'ont pas la possibilité d'opter pour une forme particulière d'assurance figurant ci-après : franchise à option, assurance avec bonus ou assurance avec un choix limité de fournisseur de prestations, car elles ont droit aux prestations prévues par la législation de leur Etat de domicile. La liste des assureurs et des primes est disponible sur le site Internet de l'OFSP : www.bag.admin.ch.

Pour les assurés de condition économique modeste, les cantons prennent, à certaines conditions, une partie de la prime d'assurance à leur charge. La réduction de primes se fait en principe sur demande auprès des organes cantonaux désignés à cet effet. Ceux-ci donnent les renseignements nécessaires. La liste des organes cantonaux compétents pour la réduction des primes est disponible sur www.avs-ai.ch. Les rentières et rentiers de condition économique modeste résidant dans un Etat membre de l'UE resp. de l'AELE doivent s'adresser à l'Institution commune LAMal : www.kvg.org.

Les prestations

Quelles sont les prestations couvertes par l'assurance-maladie ?

Le diagnostic, le traitement, les soins.

L'assurance-maladie obligatoire alloue des prestations en cas de maladie, d'accident (si une assurance accidents n'en assume pas la prise en charge) et de maternité. Elle prend en charge, entre autres, les coûts :

- ▶ des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles, autrement dit les examens, les traitements et soins dispensés sous forme ambulatoire ou en milieu hospitalier
- ▶ des analyses, médicaments, moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques, participation aux frais générés par les cures balnéaires prescrites par un médecin et les mesures médicales de réadaptation
- ▶ de transport et de sauvetage (contribution de 50 %, pour un montant maximal de respectivement 500 francs et 5 000 francs par année civile)
- ▶ de certains examens destinés à la prévention médicale, par exemple chez les nouveau-nés et les enfants ou les examens gynécologiques
- ▶ des prestations de maternité

Combien de temps peut-on faire valoir le droit à une prestation ?

De manière illimitée.

Le droit à la prestation naît avec le début du traitement. La durée de la prestation est en principe illimitée. Certaines prestations sont limitées à une certaine durée (par exemple : neuf séances de physiothérapie, prescription à renouveler par le médecin si nécessaire).

Quels sont les frais à la charge de la personne assurée ?

Les primes, la franchise, la quote-part et, dans certains cas, une participation au séjour hospitalier.

Dans l'assurance obligatoire des soins, la participation de la personne aux coûts des prestations comprend un montant fixe par année (franchise), uniquement pour les adultes, ainsi qu'une quote-part en %. En cas d'hospitalisation, les adultes et les jeunes adultes (à savoir de moins de 25 ans) qui ne sont plus en formation acquittent une contribution aux frais de séjour de 15 francs par jour.

La franchise ordinaire est de 300 francs par année civile.

La quote-part s'élève à 10 % des coûts qui dépassent la franchise, jusqu'à concurrence de 700 francs pour les adultes et de 350 francs pour les enfants. Plusieurs enfants d'une même famille, assurés par le même assureur, payent ensemble au maximum 1 000 francs. La quote-part s'élève à 20 % s'il est fait usage de la préparation médicamenteuse originale alors que le générique figure sur la liste des médicaments remboursés.

Aucune participation de l'assurée n'est exigée s'il s'agit de prestations en cas de maternité et de prestations en cas de maladie, qui sont fournies à partir de la 13^e semaine de grossesse, pendant l'accouchement, et jusqu'à huit semaines après l'accouchement.

Que se passe-t-il lors d'un traitement en dehors de l'Etat dans lequel la personne est assurée ?

En principe, l'assurance-maladie prend en charge le coût des traitements effectués à l'étranger.

Personnes assurées en Suisse qui se font soigner à l'étranger (hors UE et AELE)

- ▶ L'assurance-maladie prend en charge le coût des traitements effectués en cas d'urgence à l'étranger, c'est-à-dire des prestations qui ne peuvent attendre le retour de la personne concernée à son lieu de domicile pour être fournies. Les coûts des traitements effectués à l'étranger (hors UE resp. de l'AELE) sont pris en charge jusqu'à concurrence du double du montant qui aurait été payé si le traitement avait eu lieu en Suisse. Lors de traitements hospitaliers stationnaires, l'assureur prend à sa charge au maximum 90 % des coûts qui auraient été ceux d'une hospitalisation en Suisse (raison à cela : lors de traitements hospitaliers en Suisse, les cantons prennent à leur charge une part d'au moins 55 % des coûts, ce qui n'est pas le cas à l'étranger). La convention avec le Royaume-Uni prévoit des dispositions particulières en ce qui concerne l'assurance-maladie.
- ▶ Il en va de même en cas d'accident, si une assurance-accidents n'en assume pas la prise en charge.
- ▶ En principe, les personnes assurées en Suisse qui séjournent temporairement à l'étranger prennent provisoirement les coûts à leur charge et en demandent ensuite le remboursement à leur assureur-maladie suisse.
- ▶ Dans certains cas, l'assureur suisse peut accepter qu'un traitement soit effectué à l'étranger, s'il ne peut pas l'être en Suisse.

Personnes assurées et vivant en Suisse, qui se font soigner dans un Etat membre de l'UE resp. de l'AELE

- ▶ Les personnes assurées et vivant en Suisse qui tombent malades pendant un séjour dans un Etat membre de l'UE resp. de l'AELE (pendant leurs vacances par exemple) seront traités par les médecins et les hôpitaux au même titre qu'une personne assurée dans l'Etat d'accueil. Il en va de même en cas d'accident.
- ▶ Lors d'un séjour dans un Etat membre de l'UE resp. de l'AELE, ces personnes peuvent bénéficier de prestations de l'assurance-maladie de l'Etat d'accueil si leur état de santé l'exige. A cet effet, elles doivent se procurer une Carte européenne d'assurance maladie (ou un certificat provisoire de remplacement de la carte) auprès de leur assureur suisse et présenter ce document au prestataire de soins (p. ex. médecin) de l'Etat d'accueil. Selon l'Etat concerné, soit les coûts du traitement sont payés par l'institution étrangère d'entraide et facturés ultérieurement à l'assureur-maladie suisse, soit la personne assurée les prend provisoirement en charge et dépose ensuite une demande de remboursement, soit auprès de sa caisse-maladie soit auprès de l'institution d'entraide.
- ▶ Les prestations fournies dans un Etat membre de l'UE resp. de l'AELE et la participation aux coûts de celles-ci sont régies par la réglementation en vigueur dans l'Etat d'accueil.
- ▶ Dans certains cas, l'assureur suisse peut accepter qu'un traitement soit effectué à l'étranger, s'il ne peut pas l'être en Suisse.

Les ressortissants suisses ou d'un Etat membre de l'UE resp. de l'AELE assurés en Suisse et domiciliés dans un Etat membre de l'UE resp. de l'AELE

- ▶ Ces personnes bénéficient, de la part de la caisse-maladie « d'entraide » correspondante, des mêmes prestations que les personnes assurées dans l'Etat de résidence.
- ▶ Les personnes assurées en Suisse et domiciliées dans l'UE (travailleurs, rentiers, chômeurs), ainsi que leurs membres de famille, peuvent en principe se faire soigner soit dans leur Etat de domicile, soit en Suisse.
- ▶ Selon l'Etat, soit les coûts du traitement sont payés par l'institution étrangère correspondante et facturés ultérieurement à l'assureur-maladie suisse, soit la personne assurée les prend provisoirement en charge et dépose ensuite une demande de remboursement, soit auprès de sa caisse-maladie soit auprès de l'institution d'entraide.
- ▶ Les prestations fournies dans l'Etat de domicile et la participation aux coûts de celles-ci sont régies par la réglementation en vigueur dans ledit Etat.

Les ressortissants suisses ou d'un Etat membre de l'UE resp. de l'AELE assurés dans un Etat membre de l'UE resp. de l'AELE et domiciliés en Suisse

- ▶ Ces personnes bénéficient des mêmes prestations que les personnes assurées en Suisse, et aux mêmes conditions.
- ▶ A cet effet, elles doivent déposer leur attestation d'assurance (*Formulaire S1*) auprès de l'Institution commune LAMal (www.kvg.org).
- ▶ Les coûts du traitement sont payés par l'Institution commune LAMal et facturés ultérieurement à l'assureur-maladie étranger compétent.

Les ressortissants suisses ou d'un Etat membre de l'UE resp. de l'AELE assurés dans un Etat de l'UE resp. de l'AELE et séjournant en Suisse

- ▶ Ces personnes bénéficient des prestations du système suisse, comme si elles étaient assurées en Suisse, sur présentation de leur Carte européenne d'assurance maladie ou d'un certificat provisoire de remplacement de la carte.
- ▶ En règle générale, les frais d'un traitement ambulatoire chez un médecin ou un hôpital doivent être payés directement au prestataire de soins. Le remboursement des frais doit être demandé à l'Institution commune LAMal (www.kvg.org) ou à l'assureur-maladie compétent. Un forfait correspondant à la franchise et à la quote-part reste à la charge de l'assuré. Par ailleurs, en cas d'hospitalisation, les adultes et les jeunes adultes (à savoir de moins de 25 ans) qui ne sont plus en formation acquittent une contribution aux frais de séjour de 15 francs par jour. Le forfait s'élève à 92 francs pour les adultes et à 33 francs pour les enfants dans une période de 30 jours. Les frais d'un traitement hospitalier sont, en règle générale, pris directement en charge par l'Institution commune LAMal, sous déduction de la quote-part.



Carte européenne d'assurance maladie

L'assurance d'indemnités journalières

Qu'est-ce que l'assurance d'indemnités journalières ?

L'assurance d'indemnités journalières sert à couvrir partiellement la perte de gain en cas de maladie ou d'accident.

L'assurance d'indemnités journalières sert à couvrir partiellement la perte de gain en cas de maladie ou d'accident, ainsi que d'autres coûts occasionnés par une maladie ou un accident non couvert par une autre assurance. Elle peut être conclue à titre facultatif, même auprès d'un assureur-maladie autre que celui qui répond de l'assurance obligatoire des soins. Lorsqu'une personne est atteinte d'une maladie au moment de l'affiliation, l'assureur peut lui refuser le droit aux prestations spécifiques à cette maladie pour une durée maximale de cinq ans (réserve d'assurance). En cas de maternité, le droit aux indemnités journalières est subordonné à une période d'assurance préalable de 270 jours. Les assureurs-maladie proposent également des assurances complémentaires d'indemnités journalières.

Passage facilité dans l'assurance d'indemnités journalières

- ▶ Les ressortissants suisses ou d'un Etat de l'UE resp. de l'AELE qui étaient soumis au régime de sécurité sociale d'un Etat de l'UE resp. de l'AELE immédiatement avant leur arrivée en Suisse bénéficient d'un passage facilité dans l'assurance d'indemnités journalières.
- ▶ Les conventions conclues avec la Macédoine du Nord, Saint-Marin et la Turquie limitent les réserves pour maladies préexistantes dans l'assurance d'indemnités journalières ainsi que le délai d'attente en cas de maternité. Lorsqu'une personne transfère sa résidence ou son activité lucrative de l'un de ces Etats (et de la Bosnie et Herzégovine) en Suisse et s'assure pour les indemnités journalières auprès d'un assureur suisse dans les trois mois à compter de sa sortie de l'assurance de l'autre Etat, les périodes d'assurance accomplies auprès de l'assurance de l'autre Etat sont prises en compte pour déterminer la naissance du droit aux prestations en Suisse. En cas de maternité, les périodes d'assurance ne sont prises en compte que si la personne était assurée depuis trois mois au moins auprès d'un assureur suisse.

L'assurance-maladie complémentaire

Outre l'assurance de base obligatoire, il existe des assurances complémentaires (par exemple, pour la couverture de traitements dentaires ou de traitements particuliers). Les assurances-maladie complémentaires sont des assurances privées ; elles n'entrent pas dans le champ d'application des règles de coordination des régimes nationaux de sécurité sociale. Les conditions générales d'assurance de l'assureur sont seules déterminantes en cas de remboursement de prestations. Vu la diversité de l'offre, il est recommandé de se renseigner auprès des différents assureurs.

Où peut-on obtenir des informations au sujet de l'assurance-maladie ?

Auprès de son assureur-maladie.

Les assurés peuvent obtenir des informations au sujet de l'assurance-maladie, directement auprès de leur assureur-maladie.

L'OFSP publie chaque année au mois d'octobre un tableau des primes de l'année suivante, par cantons, par assureur-maladie et par Etat de l'UE resp. de l'AELE. Cette liste se trouve aussi sur le site Internet de l'OFSP (www.priminfo.ch).

Les personnes assurées dans un Etat membre de l'UE resp. de l'AELE et qui séjournent en Suisse peuvent s'adresser en cas de questions à l'Institution commune LAMal (www.kvg.org).

Pour les questions relatives à la libération de l'obligation d'assurance, les organes désignés par les cantons donnent les renseignements nécessaires. La liste des organes cantonaux compétents est disponible sur le site de l'OFSP : www.bag.admin.ch.

L'assurance accidents selon la LAA (AA)



Généralités

Qu'offre l'assurance accidents selon la LAA ?

Une couverture d'assurance en cas d'accidents professionnels, d'accidents non professionnels ou en cas de maladies professionnelles.

L'assurance accidents obligatoire est une assurance de personnes qui vise à couvrir les conséquences économiques d'accidents professionnels et de maladies professionnelles, ainsi que d'accidents non professionnels si l'assuré est employé au moins huit heures par semaine auprès d'un même employeur. Par ses prestations, elle contribue à réparer les atteintes à la santé et à la capacité de gain que subissent les personnes assurées victimes d'accident ou souffrant d'une maladie professionnelle.

Les accidents

- ▶ Par accident, on entend 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. Certaines lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident sont assimilées à un accident.

Les accidents professionnels

- ▶ Sont réputés accidents professionnels, les accidents qui se produisent dans le cadre de l'activité professionnelle. Les accidents qui surviennent pendant les pauses, de même qu'avant ou après le travail, sont considérés comme accidents professionnels pour autant que la personne assurée se soit trouvée, à bon droit, sur son lieu de travail ou dans la zone de danger liée à son activité professionnelle.

Les accidents non professionnels

- ▶ Tous les accidents qui ne peuvent être qualifiés de professionnels sont des accidents non professionnels. Il s'agit en particulier des accidents qui se produisent sur le chemin emprunté pour se rendre au travail ou en revenir et ceux qui surviennent durant les loisirs, comme les accidents de sport, les accidents de la circulation ou les accidents domestiques. Les travailleurs à temps partiel occupés chez un employeur moins de huit heures par semaine ne sont pas assurés contre les accidents non professionnels. Pour ces personnes, les accidents subis sur le chemin entre le domicile et le lieu de travail sont – en dérogation à la règle générale – considérés comme des accidents professionnels.

Les maladies professionnelles

- ▶ Sont réputées maladies professionnelles, les maladies dues exclusivement ou de manière prépondérante à l'exercice de l'activité professionnelle, à des substances nocives ou à certains travaux. D'autres maladies ne sont reconnues comme professionnelles que s'il est prouvé qu'elles ont été causées exclusivement ou de manière nettement prépondérante par l'exercice de l'activité professionnelle.

Qui est assuré à titre obligatoire ?

Toute personne salariée travaillant en Suisse.

Les personnes salariées qui sont occupées en Suisse sont assurées à titre obligatoire contre les accidents. Le sont également :

- ▶ les personnes qui travaillent à domicile
- ▶ les apprentis
- ▶ les stagiaires et les volontaires
- ▶ les personnes qui travaillent dans des écoles de métiers ou des ateliers protégés
- ▶ les employés de maison
- ▶ les personnes qui font des nettoyages dans les ménages privés

En principe, les personnes au chômage bénéficient également de l'assurance obligatoire.

Ne sont pas assurés selon la LAA les non-actifs, par exemple :

- ▶ les femmes et les hommes au foyer
- ▶ les enfants
- ▶ les étudiants
- ▶ les retraités

Ces personnes doivent s'assurer contre les accidents dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire pour les prestations en nature.

A quel moment l'assurance accidents obligatoire débute-t-elle et quand finit-elle ?

Elle débute dès le jour où le salarié commence à travailler et cesse à l'expiration du droit au demi-salaire.

L'assurance produit ses effets dès le jour où débute le rapport de travail ou dès que naît le droit au salaire, mais en tout cas dès le moment où le travailleur prend le chemin pour se rendre au travail. Elle cesse de produire ses effets à l'expiration du 31^e jour qui suit celui où a pris fin le droit au demi-salaire au moins. Sont également réputées salaire les indemnités journalières de l'assurance accidents obligatoire, de l'assurance militaire, de l'assurance invalidité, du régime des allocations pour perte de gain (en cas de service et de maternité), des caisses maladie et des assurances maladie et accidents privées qui sont versées en lieu et place du salaire, ainsi que les indemnités d'une assurance maternité cantonale.

La personne assurée a la possibilité de prolonger, par convention spéciale, la couverture des accidents non professionnels pendant six mois au plus.

Responsabilité du travailleur

- ▶ Si l'atteinte à la santé ou le décès a été provoqué intentionnellement, aucune prestation d'assurance n'est allouée, sauf l'indemnité pour frais funéraires.
- ▶ L'accident non professionnel dû à une négligence grave de l'assuré peut entraîner la réduction des indemnités journalières pendant deux ans au plus.
- ▶ Si l'assuré a provoqué l'accident en commettant un crime ou un délit, les prestations en espèces peuvent être réduites, voire refusées.

Suspension de la couverture des accidents dans l'assurance maladie

- ▶ Les salariés assurés à titre obligatoire contre les accidents professionnels et non professionnels peuvent faire suspendre la couverture des accidents auprès de leur assureur-maladie. Leur prime d'assurance-maladie sera réduite en conséquence.

Qui peut s'assurer à titre facultatif ?

Les indépendants et les membres de leur famille qui collaborent à l'entreprise.

Les indépendants domiciliés en Suisse, ainsi que les membres de leur famille qui collaborent à l'entreprise, peuvent, suivant le montant de leur gain assuré, s'assurer à titre facultatif selon la LAA, s'ils ne le sont pas déjà à titre obligatoire.

Qui gère l'assurance-accidents ?

La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (Suva) et les assureurs-accidents autorisés.

L'assurance-accidents est, suivant les catégories de personnes assurées, gérée par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (www.suva.ch) ou par d'autres assureurs autorisés. La liste des assureurs est disponible sur le site Internet de l'OFSP (www.bag.admin.ch).

Les primes

Qui paie les primes d'assurance ?

Les employeurs et les salariés.

Les primes de l'assurance obligatoire contre les accidents et maladies professionnels sont à la charge de l'employeur, celles de l'assurance obligatoire contre les accidents non professionnels sont à la charge du salarié. L'employeur déduit du salaire la part de ce dernier et règle la totalité des primes. Les conventions contraires en faveur du travailleur sont réservées.

On fixe tout d'abord la prime provisoire qui doit être versée par l'employeur. Le décompte de prime définitif pour l'année écoulée est ensuite établi sur la base du décompte annuel des salaires. La nouvelle prime provisoire pour l'année suivante est calculée sur cette même base.

Quel est le montant des primes d'assurance ?

Il varie selon le revenu et le genre d'entreprise.

Les primes sont fixées en pour-mille du gain soumis à une prime. Elles se composent de primes nettes correspondant aux risques et de différents suppléments. En vue de la fixation des primes, les entreprises sont réparties en classes et en degrés du tarif des primes, en fonction de leur nature et de leurs conditions propres.

Les primes pour les accidents non professionnels sont supportées en principe par le salarié ; les conventions en faveur des salariés sont réservées. Les taux de primes varient selon les assureurs.

Les primes pour les accidents et les maladies professionnels sont supportées exclusivement par l'employeur. Les primes varient en fonction des risques d'accident et des conditions propres de l'entreprise. Le taux de prime net varie suivant le classement et selon l'assureur.

Le gain soumis à une prime

- ▶ Le gain soumis à une prime correspond pour l'essentiel au gain déterminant dans la fixation des prestations en espèces (voir « Le gain assuré »). La part du revenu dépassant le montant maximum du gain assuré n'est pas prise en compte. Le gain maximum assuré se monte à 148 200 francs par an ou à 406 francs par jour.

Les prestations

Quelles sont les prestations fournies par l'assurance accidents ?

Le traitement médical et un soutien financier.

A. Les prestations en nature : les prestations de soins et les remboursements de frais

La personne assurée a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir :

- ▶ au traitement ambulatoire dispensé par le médecin, le dentiste ou le chiropraticien ainsi que, sur prescription médicale, par le personnel paramédical
- ▶ aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin ou le dentiste
- ▶ au traitement, à la nourriture et au logement dans la division commune d'un hôpital
- ▶ aux cures complémentaires et aux cures de bain prescrites par le médecin
- ▶ aux moyens et appareils servant à la guérison.

Les frais occasionnés par un traitement médical subi à l'étranger, par des soins à domicile prescrits par un médecin, les moyens auxiliaires ainsi que les dommages aux objets qui remplacent, morphologiquement ou fonctionnellement, une partie du corps sont pris en charge par l'assureur. Les frais de voyage, de transport et de sauvetage (à certaines conditions), ainsi que les frais de transport du corps et d'inhumation, sont également remboursés.

B. Les prestations en espèces

Le gain assuré

- ▶ Les prestations en espèces de l'assurance-accidents sont calculées d'après le gain assuré. Est réputé gain assuré le salaire déterminant au sens de la législation sur l'AVS, avec certaines dérogations. Le montant maximum du gain assuré est fixé de manière à ce que, en règle générale, 92 à 96 % des personnes assurées à titre obligatoire soient couvertes pour leur gain intégral. Il s'élève à 148 200 francs par an ou à 406 francs par jour.
- ▶ Les indemnités journalières sont calculées sur la base du salaire que la personne assurée a reçu en dernier lieu avant l'accident ; les rentes, d'après le salaire touché durant l'année qui a précédé l'accident. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité et l'allocation pour impotent sont calculées d'après le montant maximum du gain assuré.

L'indemnité journalière

La personne assurée totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière. Celle-ci est versée pour tous les jours à partir du 3^e jour qui suit celui de l'accident. Elle correspond, en cas d'incapacité totale de travail, à 80 % du gain assuré et elle est réduite en conséquence si l'incapacité de travail n'est que partielle. Le droit à l'indemnité journalière s'éteint dès que la personne assurée a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou lorsque la personne assurée décède. L'indemnité journalière allouée à une personne accidentée au chômage équivaut à l'indemnité de chômage.

La rente d'invalidité

Si une personne assurée devient invalide à la suite d'un accident – c'est-à-dire si sa capacité de gain subit vraisemblablement une atteinte permanente ou de longue durée – elle a droit à une rente d'invalidité. 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 son état et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Est déterminante pour l'évaluation du taux d'invalidité la comparaison entre le revenu que la personne assurée pourrait réaliser si sa capacité de gain n'était pas réduite et celui qu'elle peut réaliser avec une capacité de gain réduite. La rente d'invalidité s'élève à 80 % du gain assuré en cas d'invalidité totale ; si l'invalidité n'est que partielle, la rente est diminuée en conséquence. Si la personne assurée a droit à une rente de l'assurance-vieillesse et survivants ou de l'assurance-invalidité suisses (AVS/AI), une rente complémentaire lui est allouée ; celle-ci correspond à la différence entre 90 % du gain assuré et la rente de l'AVS/AI, mais le montant total versé ne peut dépasser le montant prévu par l'assurance-accidents pour l'invalidité totale ou partielle. Le droit à la rente s'éteint avec le rétablissement de la pleine capacité de gain, lorsque la rente est remplacée en totalité par une indemnité en capital, lorsqu'elle est rachetée ou lorsque la personne assurée décède.

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité

Si, par suite d'un accident, une personne assurée souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique (perte d'un rein ou d'une jambe, tétraplégie, cécité totale par exemple), elle a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. Cette indemnité – allouée sous forme de prestation unique en capital – est échelonnée suivant la gravité de l'atteinte à l'intégrité. Elle ne peut excéder le montant maximum du gain annuel assuré le jour de l'accident.

Les rentes de survivants

Lorsqu'une personne assurée décède des suites d'un accident, le conjoint survivant (à certaines conditions) et les enfants ont droit à des rentes de survivants. Le conjoint divorcé est assimilé à la veuve ou au veuf lorsque la personne assurée victime de l'accident était tenue de lui verser une contribution alimentaire.

Les rentes de survivants se montent (en pourcentage du gain assuré) à 40 % pour les veuves et les veufs, à 15 % pour les orphelins de père ou de mère, à 25 % pour les orphelins de père et de mère, mais à 70 % au plus et en tout s'il y a plusieurs survivants. La rente de survivant versée au conjoint divorcé s'élève à 20 % du gain assuré, mais au plus à la contribution d'entretien qui est due.

Si les survivants ont droit à des rentes de l'AI ou de l'AVS, l'assurance-accidents leur alloue une rente complémentaire (voir la rente d'invalidité). Dans certains cas, une indemnité en capital est allouée en lieu et place de la rente, à la veuve ou à l'épouse divorcée.

Le droit à la rente du conjoint survivant s'éteint avec le remariage ou le décès de l'ayant droit ou par le rachat de la rente. Celui des enfants s'éteint en principe à l'accomplissement de la 18^e année ; si l'enfant poursuit encore à ce moment-là un apprentissage ou des études, le droit à la rente est prolongé jusqu'à la fin de l'apprentissage ou des études (mais au plus tard jusqu'à 25 ans).

Pendant toute sa durée, le partenariat enregistré est assimilé au mariage. Le partenaire enregistré survivant est assimilé à un veuf. La dissolution judiciaire du partenariat enregistré est assimilée au divorce.

L'allocation pour impotent

Les assurés les plus gravement atteints dans leur santé ont non seulement droit au traitement médical nécessaire et aux prestations pour perte de gain, mais ils doivent également bénéficier de moyens financiers supplémentaires indispensables compte tenu de leur impotence. Cette allocation n'est accordée que dans des cas exceptionnels. Le droit à cette allocation et la façon dont elle est calculée sont déterminés par l'existence d'une impotence et par sa gravité (légère, moyenne ou grave).

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.

L'allocation mensuelle s'élève à deux fois le montant maximum du gain journalier assuré si l'impotence est légère, à quatre fois ce montant si elle est moyenne et à six fois si elle est grave.

Comment les personnes assurées peuvent-elles faire valoir leur droit aux prestations ?

En avisant l'employeur ou l'assureur-accidents de l'accident.

En cas d'accidents survenus en Suisse

La personne victime d'un accident en Suisse ou les membres de sa famille doivent aviser sans retard l'employeur ou l'assureur-accidents compétent. De même, tout décès doit être immédiatement communiqué à l'employeur.

En cas d'accidents survenus à l'étranger

La personne victime d'un accident à l'étranger ou les membres de sa famille doivent aviser sans retard l'employeur ou l'assureur-accidents compétent. De même, tout décès doit être immédiatement communiqué à l'employeur.

Les frais occasionnés par un traitement médical nécessaire subi à l'étranger sont pris en charge par l'assurance-accidents jusqu'à concurrence du double du montant qui aurait été payé si le traitement avait eu lieu en Suisse. En principe, les personnes assurées en Suisse qui séjournent temporairement à l'étranger prennent provisoirement les frais en charge et demande ensuite à être remboursées. Les coûts des prestations fournies à l'étranger sont régis par la réglementation en vigueur dans l'Etat de séjour.

La convention avec le Royaume-Uni prévoit des dispositions particulières en ce qui concerne l'assurance-accidents.

En cas d'accidents survenus dans un Etat membre de l'UE resp. de l'AELE

- ▶ Si la victime est ressortissante suisse ou d'un Etat de l'UE resp. de l'AELE, elle doit s'adresser sans retard à l'institution d'assurance sociale compétente de l'Etat concerné. Cette institution prend provisoirement en charge les frais de traitement et procède ultérieurement au règlement financier avec l'assureur-accidents suisse compétent. Dans les cas de peu de gravité, l'assurance-accidents peut demander à l'assuré de prendre en charge provisoirement les frais liés à l'accident et le rembourser dès son retour en Suisse.

En cas d'accidents survenus en Bosnie et Herzégovine, en Macédoine du Nord, à Saint-Marin et en Turquie

- ▶ La personne assurée en Suisse, victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle en Bosnie et Herzégovine, en Macédoine du Nord, à Saint-Marin ou en Turquie, a droit à tous les soins nécessaires. Elle peut demander à l'institution du lieu de séjour d'avancer ces prestations. Celle-ci procédera ultérieurement au règlement financier avec l'assureur-accidents suisse compétent.

Les ressortissants suisses ou d'un Etat membre de l'UE resp. de l'AELE assurés dans un Etat de l'UE resp. de l'AELE et séjournant en Suisse

- ▶ Si l'accident est un accident professionnel, la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (www.suva.ch) prend provisoirement en charge les frais de traitement et procède ultérieurement au règlement financier avec l'assureur-accidents compétent à l'étranger.
- ▶ Si l'accident est un accident non professionnel, ces personnes bénéficient des prestations du système suisse d'assurance-maladie, comme si elles étaient assurées en Suisse, sur présentation de leur Carte européenne d'assurance maladie ou d'un certificat provisoire de remplacement. Les frais d'un traitement ambulatoire chez un médecin ou dans un hôpital doivent être payés directement au prestataire de soins. Le remboursement des frais doit être demandé à l'Institution commune LAMal (www.kvg.org).

Où peut-on obtenir des informations au sujet de l'assurance-accidents selon la LAA ?

Auprès des assureurs-accidents.

Les assurés peuvent obtenir des informations au sujet de l'assurance-accidents directement auprès de leur assureur-accidents. Une liste des assureurs-accidents est disponible sur le site Internet de l'OFSP (www.bag.admin.ch).

Les personnes assurées contre les accidents dans un Etat membre de l'UE resp. de l'AELE qui séjournent en Suisse peuvent s'adresser à l'Institution commune LAMal (www.kvg.org) pour faire valoir leur droit aux prestations accordées au titre de l'entraide internationale ou à la CNA (www.suva.ch) s'il s'agit d'un accident professionnel.

L'assurance-chômage (AC)



Généralités

Qu'est-ce que l'assurance-chômage ?

Une couverture d'assurance en cas de perte de travail.

L'AC verse des prestations en cas de chômage, de suspension du travail due à des intempéries, de réduction de l'horaire de travail et lorsque l'employeur est insolvable. Elle finance également des mesures de réinsertion.

Qui est assuré à l'AC ?

Tous les salariés assurés à l'AVS.

Les salariés travaillant en Suisse sont assurés. Certaines catégories de personnes sont dispensées de l'obligation de payer des cotisations et donc d'être affiliées. Les indépendants ne sont pas assurés à l'AC.

Les cotisations

Qui paie des cotisations AC ?

Les salariés et les employeurs, chacun pour moitié.

Les cotisations s'élèvent à 2,2 % du revenu annuel jusqu'à 148 200 francs. Les salariés et les employeurs paient chacun la moitié des cotisations. Pour la tranche de revenu supérieure à 148 200 francs, aucune cotisation n'est due.

Quel revenu est pris en compte ?

Celui qui est soumis à l'obligation de payer des cotisations AVS.

Les cotisations AC sont calculées d'après le salaire déterminant soumis à l'obligation de cotiser à l'AVS. Le gain maximum assuré est de 12 350 francs par mois, soit 148 200 francs par an. Si le revenu déterminant dépasse cette limite, les cotisations AC sont calculées sur le gain assuré maximum. Un revenu n'excédant pas 2 500 francs par année civile (revenu de minime importance) provenant d'une activité n'est soumis à cotisations qu'à la demande de l'assuré. Toutefois, les cotisations dues sur le salaire déterminant des personnes employées dans des ménages privés doivent être versées dans tous les cas (les revenus jusqu'à 750 francs réalisés par des jeunes jusqu'à 25 ans sont exemptés de l'obligation de cotiser à l'AVS). Il en va de même pour les personnes rémunérées par des producteurs de danse et de théâtre, des orchestres, des chœurs, des producteurs dans le domaine phonographique et audiovisuel, des radios et des télévisions, des médias électroniques et imprimés, des entreprises de design, des musées ainsi que par des écoles dans le domaine artistique (en revanche, il n'y a pas d'exemption pour les revenus jusqu'à 750 francs réalisés par des jeunes jusqu'à 25 ans).

Les prestations

Que couvre l'AC en cas de chômage ?

Le manque à gagner en cas de perte de travail.

L'indemnité de chômage s'élève à 70 % du gain assuré. Elle est versée sous forme d'indemnités journalières. Elle s'élève à 80 % du gain assuré pour les personnes ayant des obligations d'entretien envers des enfants de moins de 25 ans ou percevant une indemnité journalière inférieure à 140 francs ou une rente AI correspondant à un taux d'invalidité d'au moins 40 %. Le montant maximum du gain mensuel assuré correspond à celui de l'assurance-accidents obligatoire, soit 12 350 francs. Le nombre d'indemnités journalières peut varier, selon la durée de cotisation, l'âge et l'éventuel taux d'invalidité.

L'AC fournit également les prestations suivantes :

- ▶ l'indemnité en cas de réduction de l'horaire de travail
- ▶ l'indemnité en cas d'intempéries et
- ▶ l'indemnité en cas d'insolvabilité de l'employeur

Qui a droit à l'indemnité de chômage ?

Toute personne au chômage qui, au sein d'une période définie (délai-cadre) a exercé durant 12 mois au moins une activité soumise à cotisation.

A droit à l'indemnité de chômage toute personne sans emploi qui présente une perte de travail à prendre en considération, est apte au placement et satisfait aux exigences de contrôle, et qui a exercé une activité soumise à cotisation durant au moins 12 mois pendant les deux ans qui précèdent son inscription à l'assurance-chômage.

Règles particulières pour les ressortissants suisses ou d'un Etat de l'UE resp. de l'AELE

Généralités

Les périodes d'assurance réalisées dans un Etat membre de l'UE resp. de l'AELE sont prises en compte si la personne concernée perd son emploi en Suisse. Le montant de l'indemnité est fixé en fonction du revenu réalisé en Suisse.

Recherche d'emploi à l'étranger (exportation des prestations)

Les personnes au chômage ont la possibilité, pour une durée maximale de trois mois, de rechercher un emploi dans un Etat membre de l'UE resp. de l'AELE tout en continuant à bénéficier des prestations suisses. Elles doivent préalablement se mettre à la disposition du service de l'emploi suisse pendant quatre semaines puis se mettre à la disposition du service de l'emploi de l'Etat d'accueil et satisfaire à ses prescriptions de contrôle. Sans cela, aucune indemnité de chômage suisse ne sera versée à l'étranger.

Les frontaliers travaillant en Suisse

Les frontaliers au chômage complet touchent en principe l'indemnité de chômage de leur Etat de résidence. En revanche, en cas de réduction de l'horaire de travail et de suspension du travail due à des intempéries, ils bénéficient des prestations de l'assurance suisse. Il en va de même en cas d'insolvabilité de l'employeur.

Où peut-on obtenir des informations au sujet de l'AC ?

Auprès des organes d'exécution compétents.

Les caisses de chômage, les offices cantonaux du travail et les offices régionaux de placement (ORP) sont à votre disposition pour toute question. Vous trouverez également des informations utiles sur le portail de l'assurance chômage : www.travail.swiss.

Prestations transitoires pour chômeurs âgés (Pträ)

Que sont les prestations transitoires ?

Les prestations transitoires sont accordées aux personnes âgées de 60 ans ou plus qui sont arrivées en fin de droit dans l'assurance-chômage.

Les prestations transitoires sont destinées à couvrir leurs besoins vitaux jusqu'au moment où la rente de vieillesse peut être perçue. Il s'agit de prestations en cas de besoin et leur calcul est similaire à celui des prestations complémentaires à une rente AVS ou AI.

Le droit à ces prestations est lié à une série de conditions. Ainsi, les personnes en fin de droit doivent entre autres avoir été assurées à l'AVS pendant au moins 20 ans et ne posséder qu'une fortune limitée.

Où dois-je faire valoir un droit aux prestations transitoires ?

Pour les personnes domiciliées en Suisse, l'organe d'exécution compétent est celui du domicile du requérant.

Pour les personnes domiciliées dans un État membre de l'UE resp. de l'AELE, l'organe d'exécution compétent est celui de leur dernier domicile en Suisse. Pour les personnes qui n'ont jamais été domiciliées en Suisse, l'organe d'exécution compétent est celui du siège du dernier employeur.

Vous trouverez l'adresse de l'organe d'exécution compétent dans le mémento 5.03 - Prestations transitoires pour chômeurs âgés.

Autres informations

Vous trouverez de plus amples informations à ce sujet dans le mémento 5.03 – Prestations transitoires pour chômeurs âgés.

Les allocations familiales (AFam)



Généralités

Que sont les allocations familiales ?

Des prestations qui compensent partiellement les frais occasionnés par les enfants.

Les allocations familiales constituent, avec les allègements fiscaux, la principale mesure de compensation des charges familiales. Elles comptent au nombre des assurances sociales. Contrairement aux prestations des autres assurances sociales, les allocations familiales constituent non pas une substitution du revenu, mais un complément.

Les cotisations

Qui finance les allocations familiales ?

Les employeurs et les indépendants.

Les allocations familiales des salariés sont financées presque exclusivement par les employeurs ; les cotisations représentent un certain pourcentage des salaires. Les salariés des employeurs non soumis à cotisation en Suisse doivent payer eux-mêmes leurs cotisations. Les indépendants sont également soumis à l'obligation de cotiser et bénéficient du droit aux allocations familiales.

La LAFam ne prévoit pas d'obligation de cotiser pour les personnes sans activité lucrative. Les cantons peuvent toutefois l'introduire à certaines conditions ; c'est le cas dans les cantons d'Appenzell Rhodes-Extérieures, de Glaris, de Saint-Gall, de Soleure, du Tessin et de Thurgovie.

Les allocations familiales versées aux salariés travaillant dans une exploitation agricole sont financées en partie par les employeurs. Ceux-ci payent à la caisse cantonale de compensation 2 % des salaires, en espèces et en nature, versés à leur personnel agricole et soumis à cotisation AVS. Le solde et les charges afférentes au versement des allocations familiales aux agriculteurs sont assumés à raison de deux tiers par la Confédération et d'un tiers par les cantons.

Quel est le montant des cotisations ?

Il diffère suivant la caisse de compensation pour allocations familiales.

Les taux de cotisation varient selon le canton, la branche et la caisse de compensation pour allocations familiales. Un tableau récapitulatif des cotisations à verser aux caisses cantonales de compensation pour allocations familiales est disponible sur le site Internet de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) (www.ofas.admin.ch).

Les prestations

Qui a droit aux allocations familiales ?

Les parents, jusqu'à ce que leurs enfants aient atteint l'âge de 16 ans ou (suivant la formation) de 25 ans.

Ont droit aux allocations familiales les parents qui :

- ▶ sont salariés ou indépendants
- ▶ travaillent comme travailleurs agricoles ou agriculteurs indépendants
- ▶ n'exercent pas d'activité lucrative et ont un faible revenu

Le droit est réglé soit par la loi fédérale sur les allocations familiales (LAFam) et les règles cantonales correspondantes, soit par la loi fédérale sur les allocations familiales dans l'agriculture (LFA).

Les allocations familiales comprennent l'allocation pour enfant et l'allocation de formation. L'allocation pour enfant se monte à au moins 215 francs par mois jusqu'à ce que l'enfant ait atteint l'âge de 16 ans révolus ou qu'il ait droit à l'allocation de formation. L'allocation de formation se monte à au moins 268 francs par mois et est versée pour les jeunes de 15 à 25 ans révolus qui suivent une formation postobligatoire. Plusieurs cantons prévoient des montants plus élevés. Certains cantons versent des allocations de naissance et d'adoption. Voir le mémento 6.08 - *Allocations familiales*.

Dans l'agriculture, l'allocation pour enfant s'élève à 215 francs par mois et l'allocation de formation à 268 francs par mois. Ces montants sont majorés de 20 francs en région de montagne. A certaines conditions, les salariés agricoles touchent en plus une allocation de ménage mensuelle de 100 francs. Voir le mémento 6.09 - *Allocations familiales dans l'agriculture*.

Allocations familiales pour les enfants domiciliés dans un Etat membre de l'UE resp. de l'AELE

- ▶ Les ressortissants de l'UE et de l'AELE travaillant en Suisse et dont les enfants résident dans un Etat membre de l'UE resp. de l'AELE ont le même droit aux allocations que ceux dont les enfants résident en Suisse. Lorsque l'un des deux parents travaille dans l'Etat où vit l'enfant, ce sont les allocations familiales de cet Etat qui entrent en ligne de compte ; si la prestation suisse est plus élevée que la prestation étrangère, on lui verse la différence.

Allocations familiales pour les autres enfants domiciliés à l'étranger

- ▶ Ces enfants n'ont droit aux allocations familiales que si la Suisse a conclu avec l'Etat en question une convention l'obligeant à en verser. Dans ce cas, elles ne sont pas adaptées au pouvoir d'achat.

Conseil pratique

- ▶ Toute personne souhaitant faire valoir un droit aux allocations familiales doit en faire la demande à son employeur, qui la transmet à la caisse de compensation pour allocations familiales compétente.

Où peut-on obtenir des informations au sujet des allocations familiales ?

Les caisses de compensation cantonales donnent volontiers les renseignements nécessaires.

Les caisses de compensation disposent de mémentos donnant des renseignements complémentaires. Une liste des caisses de compensation figure à l'adresse Internet www.avs-ai.ch.

Des informations complémentaires sont disponibles sur le site Internet de l'OFAS (www.ofas.admin.ch).

Adresses et sites Internet

Toutes les assurances de la sécurité sociale Suisse (sauf AA, AC et AMal)

Office fédéral des assurances sociales OFAS
Effingerstrasse 20
3003 Berne
www.ofas.admin.ch

Les différentes branches de la sécurité sociale suisse

AVS/AI/APG/PC/Ptra

Caisses de compensation et offices AI
www.avs-ai.ch

PP

Organisme de liaison :
Fonds de garantie LPP,
Centrale du 2^e pilier,
Case postale 1023
3000 Berne 14
www.sfbvg.ch

Institution supplétive LPP et autorités de surveillance LPP :
Mémento 6.06 (www.avs-ai.ch)

AMal

Office fédéral de la santé publique OFSP
3003 Berne
www.bag.admin.ch

Organisme de liaison :
Institution commune LAMal
Coordination internationale de l'assurance-maladie
Industriestrasse 78
4600 Olten
www.kvg.org

Liste des assureurs-maladie admis et primes :
www.bag.admin.ch

Organes cantonaux compétents pour les demandes
d'exemption de l'obligation d'assurance et organes
cantonaux compétents pour la réduction de primes :
www.bag.admin.ch
Mémento 6.07 (www.avs-ai.ch)

AA

Office fédéral de la santé publique OFSP
3003 Berne
www.bag.admin.ch

Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents
Fluhmattstrasse 1
6004 Lucerne
www.suva.ch

AC

Secrétariat d'Etat à l'économie (SECO)
Direction du travail
Marché du travail et assurance-chômage
Holzikofenweg 36
3003 Berne
www.seco.admin.ch

Informations générales sur les problèmes liés au chômage :
www.travail.swiss

Adresses des offices régionaux de placement, des
caisses de chômage et des offices cantonaux du travail :
www.travail.swiss > *Institutions / média > adresses*

Généralités

Vente de publications :
Office fédéral des constructions et de la logistique OFCL
3003 Berne
www.bbl.admin.ch

Entrée/séjour :
Secrétariat d'Etat aux migrations SEM
Quellenweg 6
3003 Berne-Wabern
www.sem.admin.ch



Impressum

Texte: Centre d'information AVS/AI,
Office fédéral des assurances sociales et
Secrétariat d'Etat à l'économie
Janvier 2026

© Centre d'information AVS/AI