

La sécurité sociale en Suisse

La sécurité sociale en Suisse

Abréviations

AA	Assurance-accidents
AC	Assurance-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'Union européenne
AMat	Allocation de maternité
AMal	Assurance-maladie
APG	Allocations pour perte de gain
AVS	Assurance-vieillesse et survivants
CHF	Francs suisses
CI	Compte individuel
Suva	Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents
HMO	Health Maintenance Organization
LAA	Loi fédérale sur l'assurance-accidents
LAMal	Loi sur l'assurance-maladie
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
PP	Prévoyance professionnelle
SECO	Secrétariat d'Etat à l'économie
UE	Union européenne

Avertissement

La présente brochure s'adresse à toutes les personnes soumises au régime suisse de sécurité sociale au titre de leur résidence 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. Seule la loi fait foi dans le règlement des cas individuels.

D'autres informations sont disponibles sur le site internet de l'institution AVS/AI: www.avs-ai.info

Table des matières

L'assujettissement au régime suisse de sécurité sociale	4
Les principes généraux du système suisse de sécurité sociale	18
L'assurance-vieillesse et survivants (AVS)	21
L'assurance-invalidité (AI)	31
Les allocations pour perte de gain en cas de service et de maternité (APG)	43
La prévoyance professionnelle (PP)	47
La prévoyance individuelle (troisième pilier a)	58
L'assurance-maladie (AMal)	61
L'assurance-accidents selon la LAA (AA)	74
L'assurance-chômage (AC)	87
Les allocations familiales	92
Adresses et sites Internet	96



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 réside en Suisse.

Les personnes qui exercent une activité professionnelle en Suisse sont soumises au régime suisse de sécurité sociale. Les personnes qui résident 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 entre deux Etats.

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 en 2009

Australie	(AU)	Macédoine	(MK)
Canada	(CA)*	Philippines	(PH)
Chili	(CL)	République fédérale de Yougoslavie**	(YU)
Croatie	(HR)	Saint-Marin	(SM)
Etats-Unis	(US)	Turquie	(TR).
Israël	(IL)		

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

** La convention entre la Suisse et la RFY s'applique aujourd'hui aux ressortissants de la Bosnie et Herzégovine (BA), de la République de Serbie (RS), de la République du Monténégro (ME) et du Kosovo (XZ).

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

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

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

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 – notamment les personnes sans activité lucrative et celles qui n'ont ni la citoyenneté suisse ni celle d'un Etat membre de l'UE. La convention bilatérale conclue entre la Suisse et la Bulgarie n'a pas été remplacée par l'ALCP.

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 sans activité lucrative et à celles qui n'ont ni la citoyenneté suisse ni celle de l'autre Etat.

**Quelles branches d'assurance
couvrent-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 de décès (AVS)
- ▶ d'invalidité (AI).

Certaines conventions contiennent également des dispositions légales en matière:

- ▶ d'assurance-accidents (AA)
- ▶ d'assurance-maladie (AMal)
- ▶ d'allocations familiales (AF).

L'assurance-chômage, la prévoyance professionnelle et l'aide sociale ne sont pas concernées par les conventions bilatérales de sécurité sociale.

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'Etat 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 leur famille ou leurs survivants au sens de ce qui précède) ne sont en principe pas concernées par les conventions bilatérales.

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 pays?

Au système d'assurance du pays dans lequel elles travaillent.

Les ressortissants suisses ou d'un Etat contractant qui travaillent dans un seul pays 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 en Suisse et dans un Etat contractant?

Au système d'assurance du pays 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 le Canada/Québec, 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.

Personnes sans activité lucrative

► Les personnes sans activité lucrative sont soumises au système d'assurance de leur pays 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?

25 Etats membres de l'UE et les 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 25 Etats membres de l'UE, d'autre part. Il ne concerne pas encore la Bulgarie et la Roumanie. Cet accord est appelé ALCP ci-après.

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

Les Etats membres de l'UE

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

* Bulgarie (BG) et Roumanie (RO) ont adhéré à l'UE le 1^{er} janvier 2007. L'Accord sur la libre circulation n'est pas encore valable pour ces Etats. Mais maintenant que la Suisse a approuvé l'élargissement, il sera probablement étendu à ces deux pays courant 2009.

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 personnes qui exercent ou ont exercé une activité lucrative (rentiers, personnes au chômage)
- ▶ les étudiants et les membres de leur famille (seulement en ce qui concerne l'assurance-maladie)
- ▶ les membres de famille ou les survivants des personnes qui exercent ou ont exercé une activité lucrative – quelle que soit leur nationalité;
- ▶ les réfugiés et les apatrides qui résident en Suisse ou dans un Etat membre de l'UE.

Les personnes sans activité lucrative et celles qui ne sont ni ressortissantes suisses ni ressortissantes d'un Etat membre de l'UE (sauf les membres de leur famille ou leurs survivants au sens de ce qui précède) ne sont pas touchées par l'accord. Ces derniers restent soumis aux conventions bilatérales de sécurité sociale conclues avec les pays concernés. Les caisses de compensation AVS donnent volontiers les renseignements nécessaires.

La Convention AELE vise:

- ▶ les personnes qui exercent ou ont exercé une activité lucrative (rentiers, personnes au chômage)
- ▶ les étudiants et les membres de leur famille
- ▶ les membres de famille ou les survivants des personnes qui exercent ou ont exercé une activité lucrative – quelle que soit leur nationalité
- ▶ les réfugiés et les apatrides qui résident en Islande, au Liechtenstein, en Norvège ou en Suisse.

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 pays conserve la structure, le genre et le montant de ses cotisations et de ses prestations d'assurance.

Les aspects importants qu'ils présentent:

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

Les conventions bilatérales de sécurité sociale existantes entre la Suisse et les différents Etats membres de l'UE ou 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 – notamment les personnes sans activité lucrative et celles qui n'ont ni la citoyenneté suisse, ni celle d'un Etat membre de l'UE ou de l'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
- ▶ d'invalidité
- ▶ de décès (prestations de survivants)
- ▶ de maladie et de maternité
- ▶ d'accidents du travail et de maladies professionnelles
- ▶ de chômage
- ▶ 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 pays.

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

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

Au système d'assurance du pays dans lequel elles travaillent.

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

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

Au système d'assurance du pays de résidence, du siège de l'employeur ou de l'activité principale.

Les personnes qui travaillent simultanément dans plusieurs pays sont généralement soumises à la législation d'un seul pays, à savoir au système d'assurance du pays de résidence.

Si une personne est au service d'un seul employeur et qu'elle est domiciliée hors des pays dans lesquels elle travaille, elle est soumise au système d'assurance du pays dans lequel se trouve le siège de l'employeur.

Si une personne exerce des activités indépendantes dans plusieurs pays sans y résider, elle est soumise à la législation du pays dans lequel elle exerce son activité principale.

Exception

► Toute personne qui exerce simultanément une activité indépendante dans un pays et une activité salariée dans un autre pays est, la plupart du temps, soumise à l'obligation de s'assurer dans les deux pays. Cette règle s'applique, par exemple, aux travailleurs qui sont à la fois indépendants en Suisse et salariés dans un Etat membre de l'UE ou de l'AELE.

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 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 détachés temporairement en Suisse?

Au système d'assurance de cet Etat.

Si une personne doit se rendre temporairement dans un autre pays pour y exécuter un travail, elle peut, à certaines conditions, rester soumise au régime de sécurité sociale 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 pays 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 ou de l'AELE prévoient une durée maximale de 12 mois, renouvelable.

Dans certains cas, un détachement peut être prolongé pour une durée totale de 5 à 6 ans.

Durée maximale d'un détachement:

Etats membre de l'UE ou de l'AELE et Saint-Marin	12 mois
Bulgarie, Croatie, Israël, Macédoine, Philippines et Turquie	24 mois
Chili et République fédérale de Yougoslavie	36 mois
Australie, Canada/Québec et Etats-Unis	60 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. Le travailleur est soumis au système d'assurance de l'Etat dans lequel il travaille, même s'il est déjà assuré dans le pays d'origine.

Si un travailleur habituellement soumis au régime de sécurité sociale d'un pays avec lequel la Suisse n'a pas conclu de convention de sécurité sociale exerce temporairement une activité en Suisse, il devra s'assurer obligatoirement en Suisse pendant la durée de cette activité.

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



Les principes généraux du système suisse de sécurité sociale

**Qu'offre le système suisse de
sécurité sociale?**

Une couverture des risques sociaux.

La Suisse dispose d'un réseau d'assurances sociales ramifié qui couvre 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 et de maternité
- ▶ l'assurance-chômage, et
- ▶ 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 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 populaire 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* Facultative

La prévoyance individuelle



* Toute personne salariée affiliée à l'AVS qui perçoit un revenu annuel supérieur à CHF 20'520.– (en 2009).

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 (salariés et employeurs), 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 à leur financement intégral (prestations complémentaires, PC); ou encore 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 (au prorata des revenus du travail)	Cotisations des travailleurs indépendants	Cotisations des non-actifs	Primes individuelles	Contributions des pouvoirs publics
Assurance-vieillesse et survivants	●	●	●		●
Assurance-invalidité	●	●	●		●
Prévoyance professionnelle	●	● **			
Assurance-maladie				●	●
Assurance-accidents	●	● **		●	
Assurance-chômage	●				
Allocations familiales	● *	● *	● *		●

* Selon la législation cantonale en vigueur.

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



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 compenser – du moins partiellement – la diminution ou la perte du revenu du travail due à l'âge ou au décès.

Les caisses de compensation AVS

► Les caisses de compensation AVS 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.

Au titre d'assurance populaire générale et obligatoire, l'AVS profite à toutes les personnes qui habitent ou travaillent en Suisse.

Les cotisations

Qui paie des cotisations à l'AVS?

Toute personne affiliée à l'AVS.

Les personnes affiliées à l'AVS – autrement dit celles ou ceux qui résident ou travaillent en Suisse – sont tenues de payer des cotisations. Les personnes sans activité lucrative sont soumises à la même obligation; leur cotisation personnelle est considérée comme acquittée si celle de leur conjoint ou de leur partenaire exerçant une activité lucrative atteint au moins le double de la cotisation minimale à l'AVS. La cotisation minimale AVS/AI/APG se monte à CHF 460.– par année. Les cotisations des salariés sont déduites par l'employeur à chaque paiement de salaire, puis versées à la caisse de compensation AVS avec la cotisation de l'employeur.

Un revenu n'excédant pas CHF 2'200.– par année civile (revenu de minime importance) provenant 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.

Quelle est la durée de cotisation obligatoire?

Du 1^{er} janvier qui suit la date du 17^e anniversaire jusqu'à l'âge ordinaire de la retraite.

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 l'âge ordinaire de la retraite.

Les assurés non actifs commencent à cotiser à partir du 1^{er} janvier qui suit la date de leur 20^e anniversaire.

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

Les personnes bénéficiaires de rentes de vieillesse qui exercent une activité lucrative doivent-elles verser des cotisations?

L'obligation de cotiser subsiste.

La personne qui reçoit une rente de vieillesse mais qui poursuit son activité lucrative doit continuer à verser des cotisations. Ces personnes bénéficient d'une franchise de CHF 1'400.– par mois ou de CHF 16'800.– 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 ces montants.

Comment se calculent les cotisations à l'AVS?

Les cotisations des personnes actives, en fonction de leur revenu. Celles des non-actifs, suivant leurs conditions économiques.

Dans le cas des salariés, l'employé et l'employeur paient chacun la moitié des cotisations, soit 4.2% du revenu déterminant (sans plafond). L'employeur est tenu de verser directement la totalité du montant à la caisse de compensation AVS.

Dans le cas des indépendants, la caisse de compensation AVS fixe le montant de la cotisation en fonction du revenu de l'activité lucrative, en principe 7.8% de leurs revenus; un barème dégressif prévoit la réduction du taux jusqu'à 4.2%, si le revenu annuel est inférieur à CHF 54'800.–.

Les assurés dont l'employeur n'est pas tenu de payer des cotisations en Suisse paient leurs cotisations selon le barème applicable aux indépendants.

Dans le cas des personnes sans activité lucrative, la caisse de compensation AVS les fixe en fonction 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 des deux conjoints ou partenaires, acquis sous forme de rente. Les cotisations sont en général fixées sur la base de la taxation fiscale. La cotisation varie de CHF 382.– à 8'400.– par an, compte tenu des conditions sociales des personnes.

Quel est le rôle 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 d'assistance qui serviront 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 cotisations, peut demander par écrit ou directement sur internet (www.avs-ai.info) un extrait de son compte individuel en indiquant son numéro d'assuré. L'extrait de CI est gratuit.

Le certificat d'assurance – le numéro d'assuré

- ▶ Toute personne en âge de cotiser reçoit, dès son adhésion à l'assurance, un certificat d'assurance personnel (communément appelé «carte AVS»). Le certificat porte le numéro personnel de l'assuré.
- ▶ Le certificat d'assurance doit impérativement être conservé. Il doit être présenté à l'employeur à chaque changement d'emploi ou en cas de demande de prestations AVS.

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.

La rente de vieillesse

► Les personnes qui atteignent l'âge de la retraite ont droit à une rente de vieillesse. L'âge de la retraite des femmes a été fixé à 64 ans. Pour les hommes, il est fixé à 65 ans. La rente mensuelle complète de vieillesse s'élève à CHF 1'140.– au minimum et à CHF 2'280.– au maximum. 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, soit CHF 3'420.–.

► La personne assurée qui décide de toucher sa rente 1 ou 2 ans avant l'âge ordinaire de la retraite aura une rente réduite de 6.8% par année d'anticipation. Pour les femmes nées entre 1945 et 1947, le taux de réduction appliqué est de 3,4%. A l'inverse, celle qui l'ajourne (de 1 à 5 ans au maximum) percevra une rente majorée. La majoration dépend de la durée d'ajournement. L'anticipation ou l'ajournement de la rente de vieillesse ont aussi des répercussions sur les rentes pour enfant.

La rente pour enfant

► Le droit à une rente pour enfant en plus de la rente de vieillesse s'applique en général aux enfants qui n'ont pas encore fêté leurs 18 ans ou qui poursuivent une formation (mais pas au-delà des 25 ans). La rente pour enfant représente 40% de la rente de vieillesse correspondante, soit CHF 456.– par mois au minimum et CHF 912.– par mois au maximum. Si les deux parents ont droit à une rente pour enfant, le montant des deux rentes pour enfants ne peut pas dépasser 60% du montant maximum de la rente de vieillesse, soit 1'368.– par mois.

La rente de veuve ou de veuf

- ▶ Les veuves ont droit à une rente de veuve si, au moment de la mort du conjoint,
 - elles ont un ou plusieurs enfants, 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 femmes divorcées dont l'ex-conjoint est décédé peuvent prétendre à une telle rente lorsqu'elles remplissent certaines conditions.

- ▶ Les hommes dont la conjointe ou l'ex-conjointe est décédée ont droit à une rente de veuf pour autant et aussi longtemps qu'ils ont des enfants de moins de 18 ans.

- ▶ La rente de veuve ou de veuf représente 80% de la rente de vieillesse (minimum: CHF 912.– par mois; maximum: CHF 1'824.– par mois).

- ▶ 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 représente 40% de la rente de vieillesse (minimum: CHF 456.– par mois; maximum: CHF 912.– par mois). 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 1'368.– 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 pays où elle a été assurée durant au moins 1 an. Les prestations suisses et étrangères sont accordées indépendamment les unes des autres et peuvent 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 pays. Si la période effectuée dans l'un des pays est trop courte pour justifier d'un droit à la rente, on prendra en compte les périodes d'assurance qui ont été effectuées dans l'autre pays (totalisation). La rente elle-même ne s'en trouve cependant pas augmentée.

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

▶ Une personne qui a été assurée en Suisse et dans un ou plusieurs Etats membres de l'UE/AELE perçoit en principe une rente partielle de chacun des pays où elle a été assurée durant au moins 1 an. Le montant de chaque rente est calculé en fonction de la période d'assurance accomplie dans chacun des pays. Si la période effectuée dans l'un des pays est trop courte pour justifier d'un droit à la rente, on prendra en compte les périodes d'assurance qui ont été effectuées dans les autres pays (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 ou moyenne, et
- que leur impotence ait duré 1 an au moins sans interruption.

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

- grave: CHF 912.- par mois (80% du montant minimal de la rente vieillesse)
- moyenne: CHF 570.- par mois (50% du montant minimal de la rente de vieillesse).

Les moyens auxiliaires

▶ Les handicaps liés à la vieillesse peuvent être atténués ou supprimés 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 AVS de leur dernière affiliation.

Les personnes qui veulent faire valoir leur droit à une prestation de l'AVS doivent déposer une demande correspondante. Les formulaires de demande sont disponibles auprès des caisses de compensation AVS (liste des caisses: www.avs-ai.info).

Les personnes qui n'ont jamais cotisé à l'AVS suisse et qui souhaitent faire valoir leur droit aux prestations acquis dans d'autres pays au titre d'une assurance-vieillesse, survivant et invalidité étrangère doivent déposer leur demande auprès de la Caisse suisse de compensation AVS (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 1 an au moins, ou
- ▶ son conjoint ou partenaire enregistré actif doit avoir payé au moins le double de la cotisation minimale pendant 1 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 faire valoir un droit aux prestations de survivants.

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

A l'âge de la retraite, soit 64 ans pour les femmes et 65 ans pour les hommes.

L'âge ordinaire de la retraite est fixé à 64 ans pour les femmes et à 65 ans pour les hommes. 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 ordinaire de la retraite et s'éteint à la fin du mois de son décès.

Conseil pratique

► Il est recommandé de déposer sa demande de rente 3 à 4 mois avant l'âge de la retraite. Les prestations versées rétroactivement ne le seront que pour une période limitée.

Comment se calcule le montant de la rente AVS?

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 et 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 cotisations 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 cotisations versées à des assurances pensions 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.

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 faisant ménage commun avec elle 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 ou de l'AELE doivent avoir séjourné en Suisse pendant un certain laps de temps ininterrompu.

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

Auprès des caisses de compensation AVS.

Les caisses de compensation AVS disposent de mémentos donnant des renseignements complémentaires. La liste complète des adresses des caisses de compensation AVS figure aux dernières pages des annuaires téléphoniques et sur le site internet www.avs-ai.info.



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) et l'assurance-maladie (AMal). 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, ou
- ▶ celles qui y travaillent.

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 1 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 et comment se calculent-elles?

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

Les cotisations à l'AI sont prélevées selon la réglementation 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. Ce taux est réduit selon le barème applicable aux revenus des indépendants dans l'AVS.

Les assurés dont l'employeur n'est pas tenu de payer des cotisations en Suisse paient leurs cotisations selon le barème applicable aux indépendants.

Un revenu n'excédant pas CHF 2'200.– par année civile (revenu de minime importance) provenant 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 assurés sans activité lucrative versent un montant variant entre CHF 64.– et CHF 1'400.– par an, compte tenu de leurs conditions sociales.

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 socioprofessionnelle 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. Elle est versée seulement si les mesures de réadaptation n'ont pas permis d'arriver à un bon résultat. Les personnes handicapées qui dépendent de l'aide de tiers peuvent prétendre à une allocation pour impotent.

Les prestations de l'AI sont:

- ▶ Les mesures d'intervention précoce
- ▶ Les mesures de réadaptation
- ▶ La rente d'invalidité
- ▶ La rente pour enfant
- ▶ L'allocation pour impotent.

Que sont les mesures d'intervention précoce?

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

La détection précoce vise à repérer le plus tôt possible les personnes, en arrêt de travail pour cause de maladie ou d'accident, qui courent le risque de devenir invalides. Une personne qui a présenté une incapacité de travail ininterrompue de 30 jours au moins, ou des absences répétées de courte durée dans le délai d'une année, peut être annoncée à l'office AI. Cette communication n'est pas une demande AI.

L'intervention précoce a pour but d'intervenir rapidement auprès de la personne assurée en vue de maintenir la place de travail actuelle ou de permettre sa réintégration à une autre place de travail. Une intervention rapide permet d'éviter que l'état de santé ne se dégrade.

Entrent notamment en ligne de compte les mesures suivantes:

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

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'une 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 aux mesures d'ordre professionnel prend naissance au plus tôt au moment où l'assuré fait valoir son droit aux prestations.

Mesures de réadaptation

Pour maintenir les personnes handicapées actives professionnellement 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)
- ▶ les mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle
- ▶ les mesures d'ordre professionnel
- ▶ les moyens auxiliaires
- ▶ des indemnités journalières sont versées pendant l'exécution des mesures de réadaptation, à certaines conditions
- ▶ le remboursement de frais de voyage à titre de prestations supplémentaires
- ▶ l'allocation pour frais de garde et d'assistance.

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 qui ne sont pas couvertes par l'ALCP ou la Convention AELE: 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.

Par ailleurs, l'AI prévoit diverses mesures incitatives à l'intention des employeurs. Il s'agit notamment de l'allocation d'initiation au travail et de l'indemnité couvrant le risque d'augmentation de la prime d'indemnités journalières en cas de maladie ainsi que les primes de la prévoyance professionnelle. En outre, les employeurs peuvent également être indemnisés financièrement s'ils offrent aux employés atteints dans leur santé la possibilité de rester au sein de l'entreprise et d'y effectuer des mesures de réinsertion.

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

En cas d'échec des mesures de réadaptation.

La rente d'invalidité est octroyée seulement en cas d'échec ou d'échec partiel des mesures de réadaptation.

Une rente d'invalidité n'est versée qu'après un examen préalable des possibilités de réadaptation.

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 et être domiciliée en Suisse.

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

Selon l'étendue de la perte de gain, exprimée en pour-cent.

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

Il est d'abord calculé le revenu potentiel de l'activité lucrative de la personne assurée sans son atteinte à la santé. Il est ensuite déduit 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 conséquente à l'invalidité. Cette dernière, exprimée en pour-cent, indique le taux d'invalidité.

L'invalidité des personnes non actives (p. ex. les personnes qui s'occupent du ménage, les membres de communautés religieuses, les étudiants) 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 AVS. 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 et 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 l'assurance suisse.

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

Taux d'invalidité en %	Rente
▶ 40% au moins	quart de rente
▶ 50% au moins	demi-rente
▶ 60% au moins	trois-quarts de rente
▶ 70% au moins	rente entière.

La rente complète d'invalidité s'élève à CHF 1'140.– par mois au minimum et à CHF 2'280.– 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 CHF 3'420.– par mois.

Lorsqu'une personne bénéficiaire d'une rente AI perçoit un nouveau revenu ou que son revenu existant augmente, sa rente n'est révisée que si l'amélioration du revenu dépasse CHF 1'500.– par an. Seuls les deux tiers du montant dépassant le seuil de CHF 1'500.– sont pris en compte lors de la révision de la rente.

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 (CHF 456.– par mois au minimum et CHF 912.– 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 CHF 1'368.– par mois.

Les rentes pour enfants 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 en principe une rente partielle de chacun des pays où elle a été assurée durant au moins 1 an. Les prestations suisses et étrangères sont accordées indépendamment les unes des autres et peuvent 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 pays. Si la période effectuée dans l'un des pays est trop courte pour justifier d'un droit à la rente, on prendra en compte les périodes d'assurance qui ont été effectuées dans l'autre pays. La rente elle-même ne s'en trouve cependant pas augmentée.

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

► Une personne qui a été assurée en Suisse et dans un ou plusieurs Etats membres de l'UE/AELE perçoit en principe une rente partielle de chacun des pays où elle a été assurée durant au moins 1 an. Le montant de chaque rente est calculé en fonction de la période d'assurance accomplie dans chacun des pays. Si la période effectuée dans l'un des pays est trop courte pour justifier d'un droit à la rente, on prendra en compte les périodes d'assurance qui ont été effectuées dans les autres pays (totalisation). La rente elle-même ne s'en trouve cependant pas augmentée.

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

Après examen d'une demande.

Pour pouvoir bénéficier d'une rente AI, une personne assurée doit être invalide et présenter une durée de cotisation de trois ans au moins, ou être considérée comme invalide de naissance ou prématurément invalide.

Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle la personne assurée a déposé une demande à l'AI, mais pas avant son 18^e anniversaire.

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

Au plus tard à l'âge ordinaire de la retraite.

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 peuvent prétendre à une rente de vieillesse.

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 nécessite une assistance personnelle ou une aide régulière d'autrui pour accomplir les actes ordinaires de la vie. Elle est octroyée au plus tôt à la naissance. 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.

- ▶ grave: CHF 1'824.– par mois (80% du montant maximum de la rente de vieillesse)
- ▶ moyenne: CHF 1'140.– par mois (50% du montant maximum de la rente de vieillesse)
- ▶ faible: CHF 456.– par mois (20% du montant maximum de la rente de vieillesse)

Le montant de l'allocation pour impotent versée aux assurés qui séjournent dans un home correspond à la moitié de ces montants.

Si l'allocation est versée à un mineur nécessitant des soins intenses, un supplément peut être accordé.

Comment les personnes assurées peuvent-elles faire valoir leur droit 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 AVS ou des agences AVS. Il peut aussi être téléchargé sur le site www.avs-ai.info.

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 ou de l'AELE doivent avoir séjourné en Suisse pendant un certain laps de temps ininterrompu.

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 dans les annuaires téléphoniques et sur le site internet www.avs-ai.info.



Les allocations pour perte de gain en cas de service et de maternité (APG)

**Que sont les allocations
pour perte de gain en cas de
service et de maternité?**

Généralités

Une assurance qui permet de compenser la perte de gain en cas de service ou en cas de maternité.

L'objectif des allocations est de compenser la perte de gain consécutive à un service ou à une maternité.

Qui est assuré à l'APG?

Toute personne habitant ou travaillant en Suisse.

Sont assurées à l'APG à titre obligatoire

- ▶ toutes les personnes qui ont leur domicile en Suisse, ou
- ▶ celles qui y travaillent.

Les cotisations

Qui paie des cotisations à l'APG?

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

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

Comment se calculent les cotisations à l'APG?

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

Les cotisations à l'APG sont prélevées selon la réglementation en vigueur dans l'AVS.

En ce qui concerne les activités salariées, employé et employeur versent chacun une cotisation s'élevant à 0,15% du revenu déterminant, sans plafond.

Les indépendants paient une cotisation s'élevant à 0,3% de leurs revenus, sans plafond. Ce taux est réduit selon le barème dégressif applicable aux revenus des indépendants dans l'AVS.

Les assurés dont l'employeur n'est pas tenu de payer des cotisations en Suisse paient leurs cotisations selon le barème applicable aux indépendants.

Les assurés sans activité lucrative verse un montant variant entre CHF 14.– et CHF 300.– par an, compte tenu de leurs conditions sociales.

Les prestations

Quelles sont les prestations servies par l'APG et qui y a droit?

Diverses allocations en cas de service et une allocation en cas de maternité.

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: CHF 62.– par jour; maximum: CHF 196.– par jour)
- ▶ l'allocation pour enfant: elle s'élève à CHF 20.– 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 plus à CHF 67.– 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 CHF 67.– par jour pour les personnes qui font du service et qui dirigent une entreprise (propriétaires, fermiers, etc.).

L'allocation en cas de maternité

Elle est servie aux femmes exerçant une activité lucrative, en incapacité de travail ou aux chômeuses et bénéficiant 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 CHF 196.– par jour.

L'allocation de maternité est octroyée lorsque 3 conditions sont remplies cumulativement:

- ▶ exercer une activité lucrative salariée ou indépendante
- ▶ avoir été assurée obligatoirement à l'AVS durant les 9 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 5 mois.

Les périodes d'activité et/ou d'assurance accomplies dans un Etat membre de l'UE ou de l'AELE sont prises en compte si elles sont attestées par un formulaire E 104 délivré par une institution étrangère.

Le droit à l'allocation prend effet le jour de l'accouchement et s'éteint 98 jours (14 semaines) plus tard. Il 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 AVS compétente.



La prévoyance professionnelle (PP)

**Qu'est-ce que la prévoyance
professionnelle?**

Généralités

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 s'élève à CHF 820'800.– 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 CHF 20'520.– 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 CHF 23'940.– (déduction de coordination) et CHF 82'080.– doit être assurée. Cette partie du salaire s'appelle «salaire coordonné». Le salaire coordonné minimal est de CHF 3'420.–.

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 ordinaire de la retraite
- ▶ qui n'ont pas un revenu supérieur à CHF 20'520.– par an, respectivement CHF 1'710.– 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'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, ou
- ▶ de l'institution de prévoyance qui assure leurs salariés, ou
- ▶ de l'institution supplétive.

Les salariés assurés à l'AVS dont l'employeur n'est pas assujéti 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 directement prélevées de 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. Il existe toutefois des cotisations minimales. 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 la retraite.

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 la retraite, 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 2 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 5 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. Depuis le 1^{er} juin 2007, 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 ou 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 État membre de l'UE ou de l'AELE (Liechtenstein excepté), et qu'il est obligatoirement soumis au régime de sécurité sociale d'un Etat membre de l'UE ou de l'AELE.

Les prestations

Quelles prestations fournit la PP?

Des prestations de vieillesse, d'invalidité, de survivants et au titre d'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 ordinaire de la retraite, c'est-à-dire à 64 ans pour les femmes et à 65 ans pour les hommes
- ▶ à une rente d'invalidité si elle est invalide à raison de 40% au moins au sens de l'assurance-invalidité et si elle était assurée au moment de la survenance de l'incapacité de travail qui est à l'origine de l'invalidité. La rente est déterminée par le degré de l'invalidité, comme pour l'AI, à savoir une rente entière si la personne est invalide à raison de 70% au moins, à trois-quart de rente si elle est invalide à raison de 60% au moins, à une demi-rente si elle est invalide à raison de 50% au moins et à un quart de rente si elle est invalide à raison de 40% au moins
- ▶ 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
- ▶ s'il a atteint l'âge de 45 ans et que le mariage ou le partenariat enregistré a duré au moins 5 ans.

Si le conjoint ou le partenaire survivant ne remplit aucune de ces conditions, c'est une indemnité unique (d'un montant équivalant 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 10 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 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 7,05 % pour les hommes et à 7 % pour les femmes* de l'avoir de vieillesse de la personne assurée, y compris les intérêts au moment de la retraite.

La rente d'invalidité correspond à 7,05 % pour les hommes et à 7 % pour les femmes* 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 la retraite, 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.

* Taux appliqués aux avoirs de vieillesse de la prévoyance professionnelle obligatoire à partir du 1^{er} janvier 2009. Une diminution progressive de ces taux de conversion à 6,8% d'ici au 1^{er} janvier 2014 est prévue, tant pour les hommes que pour les femmes.

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 ordinaire de la retraite (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'avoirs oubliés

► Les personnes qui ne savent pas où elles possèdent un avoir du deuxième 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 (troisième pilier a)

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 (CHF 6'566.– par an pour les personnes affiliées à une institution de prévoyance professionnelle et 20% du revenu provenant d'une activité lucrative, mais au maximum CHF 32'832.– 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 sous 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 ordinaire de la retraite peuvent ajourner la perception des prestations de vieillesse du 3^e pilier jusqu'à la cessation de leur activité. Cet ajournement est possible durant cinq ans au plus; elles peuvent ainsi continuer de cotiser à un 3^e pilier 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, sous 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 5 ans avant l'âge ordinaire de la retraite AVS.

Les personnes qui continuent de travailler au-delà de l'âge ordinaire de la retraite 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 (troisième pilier b) 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 3 mois ou plus doit s'assurer dans un délai de 3 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.primes.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'AL-CP ou la Convention AELE ont aussi l'obligation de s'assurer en Suisse. 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 pays de résidence (voir le tableau ci-après). La liste des assureurs et des primes par pays de l'UE/AELE est disponible sur le site de l'OFSP: www.primes.admin.ch. Adultes et enfants sont assurés individuellement auprès du même assureur.

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

Catégorie de personnes	Droit d'option: assurance dans le pays de résidence ou en Suisse	Assurance dans le pays de résidence	Assurance en Suisse
Lorsque la personne réside dans l'un des pays suivants:			
<ul style="list-style-type: none"> - travailleurs - frontaliers - rentiers - chômeurs 	AT, DE, FR, IT ES*, PT* *rentiers uniquement	LI	BE, CY, CZ, DK, EE, FI, GB, GR, HU, IE, IS, LU, LT, LV, MT, NO, NL, PL, SE, SI, SK ES*, PT* *rentiers exceptés
Membres de famille sans activité lucrative de: <ul style="list-style-type: none"> - travailleurs - frontaliers - rentiers - chômeurs - personnes avec une autorisation de séjour de courte durée 	FI AT*, ES* *de rentiers uniquement FR**, IT** **assurance dans le même pays que les travailleurs frontaliers, rentiers, chômeurs DE*** ***possibilité de choix séparé pour les membres de famille sans activité lucrative	DK, GB, LI, PT, SE ES*, HU* *sauf de rentiers	BE, CY, CZ, EE, GR, IE, IS, LU, LT, LV, MT, NO, NL, PL, SK, SI HU* *de rentiers uniquement

Les pays sont mentionnés ici par leurs abréviations (code ISO). Voir la liste des noms en page 10.

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

▶ Les personnes assurées obligatoirement en Suisse mais résidant dans un Etat membre de l'UE/AELE doivent s'inscrire auprès de l'institution d'assurance maladie de leur lieu de résidence pour les formalités administratives. Les formes particulières d'assurance figurant ci-après (franchise à option, assurance bonus) ne leur sont pas accessibles, car elles ont droit aux prestations prévues par la législation de leur pays de domicile. En revanche, elles peuvent conclure une assurance impliquant un choix limité de fournisseurs de prestations.

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

▶ Les ressortissants suisses ou d'un Etat membre de l'UE/AELE résidant en Suisse mais travaillant dans un Etat membre de l'UE/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 3 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 CHF 300.– de la franchise ordinaire (gratuite pour les enfants). Pour les adultes, les franchises à option s'élèvent à CHF 500.–, 1'000.–, 1'500.–, 2'000.– et 2'500.–. Pour les enfants, elles s'élèvent à CHF 100.–, 200.–, 300.–, 400.–, 500.– et 600.–
- ▶ 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 ou de l'AELE 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 franchise à option ou une assurance avec bonus. La liste des assureurs et des primes est disponible sur le site internet www.primes.admin.ch.

Pour les assurés de condition économique modeste, les cantons prennent, sous 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 le site de l'OFSP: www.bag.admin.ch. Les assurés de condition économique modeste résidant dans un Etat membre de l'UE ou 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 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 moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques, des médicaments, des contributions aux cures balnéaires prescrites par un médecin et des mesures de réadaptation médicales
- ▶ 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: 9 séances de physiothérapie pour une période de trois mois, 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 %. De plus, en cas d'hospitalisation, les assurés qui ne vivent pas en ménage commun avec des membres de leur famille versent une contribution de CHF 10.– par jour aux frais de séjour.

La franchise ordinaire est de CHF 300.– par année civile.

La quote-part s'élève à 10% des coûts qui dépassent la franchise jusqu'à concurrence de CHF 700.–, pour les adultes et CHF 350.–, pour les enfants. Plusieurs enfants d'une même famille, assurés par le même assureur, payent ensemble au maximum CHF 1'000.–. 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 inhérentes à une grossesse normale.

Que se passe-t-il lorsqu'une personne assurée en Suisse tombe malade ou est victime d'un accident à l'étranger?

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

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 sont pris en charge jusqu'à concurrence du double du montant qui aurait été payé si le traitement avait eu lieu en Suisse.

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 leurs charges et en demandent ensuite le remboursement à leurs assureurs-maladie suisses.

Dans certains cas, l'assureur suisse peut accepter qu'un traitement soit effectué à l'étranger, s'il ne peut pas être effectué en Suisse.

Les coûts des prestations fournies à l'étranger sont régis par la réglementation en vigueur dans le pays de séjour.

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

► Les ressortissants suisses ou d'un Etat membre de l'UE ou de l'AELE assurés et vivant en Suisse qui tombent malades pendant un séjour dans un Etat membre de l'UE ou de l'AELE (pendant leurs vacances par exemple) seront traitées par les médecins et les hôpitaux au même titre qu'une personne assurée dans le pays d'accueil. Il en va de même en cas d'accident.

► Lors d'un séjour dans un Etat membre de l'UE ou de l'AELE, ces personnes peuvent bénéficier de prestations de l'assurance-maladie du pays 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) du pays d'accueil. Selon le pays concerné, 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 auprès de sa caisse-maladie.

► Les prestations fournies dans un Etat membre de l'UE ou de l'AELE et la participation aux coûts de celles-ci sont régies par la réglementation en vigueur dans le pays d'accueil.

► Dans certains cas, l'assureur suisse peut accepter qu'un traitement soit effectué à l'étranger, s'il ne peut pas être effectué en Suisse.

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

▶ Ces personnes bénéficient, de la part de la caisse-maladie «auxiliaire» correspondante, des mêmes prestations que les personnes assurées dans le pays d'accueil.

▶ Les personnes assurées résidant en Allemagne, en Autriche, en Belgique, en France, en Hongrie ou aux Pays-Bas ainsi que les frontaliers domiciliés dans d'autres pays doivent se faire soigner dans leur Etat de domicile; en outre, elles ont la possibilité de se faire traiter en Suisse en tout temps.

▶ Selon le pays, 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 auprès de sa caisse-maladie.

▶ Les prestations fournies dans le pays de domicile et la participation aux coûts de celles-ci sont régies par la réglementation en vigueur dans ledit pays.

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

▶ Ces personnes bénéficient des mêmes prestations et aux mêmes conditions que les personnes assurées en Suisse.

▶ A cet effet, elles doivent déposer leur attestation d'assurance 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 ou de l'AELE assurés dans un pays de l'UE ou de l'AELE en séjour en Suisse

► Ces personnes bénéficient des prestations du système suisse, comme s'ils étaient assurés 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. Le forfait s'élève à CHF 92.– pour les adultes et à CHF 33.– pour les enfants dans une période de 30 jours. Les frais d'un traitement hospitalier sont pris directement en charge par l'Institution commune LAMal, sous déduction du forfait pour la période de 30 jours.



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, aussi 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 5 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 pays de l'UE/AELE qui étaient soumis au régime de sécurité sociale d'un pays de l'UE/AELE immédiatement avant leur arrivée en Suisse bénéficient d'un passage facilité dans l'assurance d'indemnités journalières. Ils doivent présenter une attestation E 104 (www.avs-ai.info/andere/00140/00239/index.html?lang=fr) à cet effet.

► Les conventions conclues avec la Bulgarie, la Croatie, la Macédoine, la République fédérale de Yougoslavie, 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 en Suisse et s'assure pour les indemnités journalières auprès d'un assureur suisse dans les 3 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 3 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. En d'autres termes, seul l'assureur est compétent pour déterminer si une prestation reçue à l'étranger doit être remboursée. 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 pays de l'UE ou de l'AELE. Cette liste se trouve aussi sur le site internet de l'OFSP (www.primes.admin.ch).

Les personnes assurées dans un Etat membre de l'UE ou de l'AELE, qui séjournent en Suisse peuvent s'adresser à l'Institution commune LAMal pour faire valoir leur droit aux prestations accordées au titre de l'entraide internationale (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, d'accidents non professionnels et de maladies professionnelles. 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 d'accidents 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 8 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 maladies 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 en formation et non les bénévoles)
- 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 assurées les personnes qui ne sont pas salariées, comme 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 le travailleur commence ou aurait dû commencer le travail, mais en tout cas dès le moment où il prend le chemin pour se rendre au travail. Elle cesse de produire ses effets à l'expiration du 30^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 180 jours au plus.

Dans le cas des salariés à temps partiel non assurés contre les accidents non professionnels, l'assurance obligatoire prend fin le dernier jour de travail lorsqu'ils ont parcouru le trajet du retour à leur domicile.

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 2 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 supprimées.

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. Ils peuvent ainsi bénéficier d'une réduction en conséquence de leur prime d'assurance-maladie.

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 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 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 travailleur. L'employeur déduit la part du salarié du salaire et règle la totalité des primes.

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 CHF 126'000.– par an ou à CHF 346.– par jour.

Les prestations

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

Le traitement médical et un soutien financier.

A. Les prestations en nature: les prestations pour 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 en division commune dans 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 compte tenu de 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 CHF 126'000.– par an ou à CHF 346.– 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 que 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 de l'invalidité la comparaison entre la possibilité de gain de la personne assurée existant sans la diminution de la capacité de gain et celle qui subsiste du fait d'une telle diminution. 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 au plus au 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 ou mentale (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 pour-cent 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).

NB: 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 ne doivent pas seulement recevoir le traitement médical nécessaire et être indemnisé de leur perte de revenu; ils doivent encore bénéficier des moyens indispensables qu'impose 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 la 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 la 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 le pays de séjour.

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

▶ Si la victime est ressortissante suisse ou d'un pays de l'UE/AELE, elle doit s'adresser sans retard à l'institution d'assurance sociale compétente du pays 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 Croatie, en Macédoine, à Saint-Marin, en Turquie ou en ex-Yougoslavie (Bosnie et Herzégovine, Serbie, Monténégro et Kosovo)

▶ La personne assurée en Suisse, victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle en Croatie, en Macédoine, en ex-République fédérale de Yougoslavie, 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 procèdera ultérieurement au règlement financier avec l'assureur-accidents suisse compétent.

Les ressortissants suisses ou d'un Etat membre de l'UE ou de l'AELE assurés dans un pays de l'UE ou de l'AELE en séjour en Suisse

▶ Si l'accident est un accident professionnel, la Caisse nationale suisse d'assurance (www.suva.ch) en cas d'accidents 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/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)

**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 selon l'AC?

Tous les salariés assurés à l'AVS.

Les salariés ont l'obligation de s'assurer. Certaines catégories de personnes sont dispensées de payer des cotisations (p.ex. membres de la famille d'exploitants agricoles qui travaillent dans l'exploitation et les personnes ayant atteint l'âge ordinaire de la retraite, ainsi que leurs employeurs). 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 salariés et les employeurs paient chacun la moitié des cotisations, soit 1% du gain assuré. Les assurés dont l'employeur n'est pas tenu de payer des cotisations en Suisse doivent payer l'intégralité des cotisations.

A combien s'élèvent les cotisations AC?

Elles varient suivant le revenu.

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 CHF 10'500.– par mois, soit CHF 126'000.– par an. Lorsque les revenus déterminants dépassent ces limites, les cotisations AC sont calculées sur le gain maximum.

Les prestations

Que couvre l'AC en cas de chômage?

Le manque à gagner provisoire 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 la personne ayant des obligations d'entretien envers des enfants, qui perçoit une indemnité journalière inférieure à CHF 140.– et qui n'est pas invalide. Le montant maximum du gain mensuel assuré correspond à celui de l'assurance-accidents obligatoire, soit CHF 10'500.–. Le nombre d'indemnités journalières est en principe fixé à 400 sur une période de 2 ans. Il est fixé à 260 ou 520 dans certains cas. Parallèlement à l'indemnité de chômage, l'AC fournit les prestations suivantes:

- ▶ l'indemnité pour la participation aux mesures de marché du travail
- ▶ 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, dans les limites d'un délai-cadre, a exercé durant 12 mois au moins une activité soumise à cotisation.

Toute personne au chômage qui a exercé une activité soumise à cotisation durant 12 mois – dans les limites du délai-cadre de 2 ans avant la survenance du chômage – a droit à l'indemnité de chômage.

Règles particulières pour les ressortissants suisses ou d'un pays de l'UE ou de l'AELE

Généralités

Si une personne a travaillé moins de 12 mois en Suisse, les durées d'assurance effectuées dans un Etat membre de l'UE ou de l'AELE sont prises en compte si elle perd son emploi en Suisse. Le montant de l'indemnité est fixé en fonction du revenu réalisé en Suisse. Par ailleurs, la personne doit avoir subi une perte de travail prise en considération, être apte au placement et satisfaire aux prescriptions de contrôle.

Recherche d'emploi à l'étranger

Les personnes au chômage ont la possibilité de rechercher un emploi dans un Etat membre de l'UE ou de l'AELE et d'y bénéficier des prestations suisses – mais une fois seulement, entre deux périodes d'emploi et pour une durée maximale de 3 mois. Elles doivent préalablement se mettre à la disposition du service suisse pour l'emploi pendant quatre semaines. Elles doivent ensuite se mettre à la disposition du service de l'emploi du pays d'accueil et satisfaire à ses prescriptions de contrôle. Sans cela, aucune indemnité de chômage suisse ne sera versée à l'étranger. Par ailleurs, elles ne peuvent en principe pas bénéficier des indemnités de chômage du nouvel Etat de domicile, faute d'y avoir cotisé.

Les frontaliers travaillant en Suisse

Les frontaliers au chômage complet touchent l'indemnité de chômage de leur Etat de résidence. En revanche, en cas de chômage partiel et de suspension du travail due à des intempéries, ils bénéficient des prestations de l'assurance suisse.

Les saisonniers

Les saisonniers dont le dernier emploi d'une durée de 8 mois au maximum se situait en Suisse peuvent choisir de bénéficier de l'indemnité de chômage suisse ou de celle de leur Etat de résidence.

Les résidents de courte durée sont les personnes ayant un contrat de travail d'une durée inférieure à 1 an. Ils n'ont droit à une indemnité de chômage qu'à condition d'avoir accompli la période minimale de cotisations par un emploi occupé en Suisse. S'ils ne remplissent pas cette condition, ils perçoivent l'indemnité dans leur Etat d'origine, pour autant qu'il s'agisse d'un pays de l'UE ou de l'AELE.

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

Auprès des caisses de chômage.

Les caisses de chômage (www.espace-emploi.ch) et le Secrétariat d'Etat à l'économie (www.seco.admin.ch) donnent volontiers les renseignements nécessaires sur les prestations de l'AC.



Les allocations familiales

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 parfois aussi les indépendants.

Les allocations familiales des salariés sont financées presque exclusivement par les employeurs; elles représentent un certain pourcentage des salaires. Les salariés des employeurs non soumis à cotisation en Suisse doivent payer eux-mêmes leurs cotisations. Les indépendants ne sont pas concernés par les lois sur les allocations familiales dans tous les cantons. Dans ceux où ils y sont obligatoirement soumis, ils doivent verser des cotisations. Quand ils y sont soumis à titre facultatif, ils n'en versent que s'ils touchent eux-mêmes des allocations.

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 d'allocations familiales cantonales 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 l'âge de 16 ans en principe ou de 25 ans (suivant la formation) de leurs enfants.**

Ont droit à des allocations familiales les parents qui:

- ▶ sont salariés,
- ▶ travaillent comme agriculteurs indépendants,
- ▶ n'exercent pas d'activité lucrative et ont un revenu modeste, ou
- ▶ travaillent comme indépendants en-dehors de l'agriculture, mais seulement dans certains cantons et à certaines conditions.

Le droit est réglé soit par la loi fédérale sur les allocations familiales (LAFam) et les dispositions cantonales d'exécution y relatives, soit par la loi fédérale sur les allocations familiales dans l'agriculture (LFA).

Les allocations familiales comprennent, d'une part, des allocations pour enfant d'au moins 200 francs par mois pour les enfants jusqu'à 16 ans et, d'autre part, des allocations de formation professionnelle d'au moins 250 francs par mois pour les jeunes en formation de 16 à 25 ans. Certains cantons prévoient des montants plus élevés. Les cantons versent parfois des allocations de naissance et d'adoption. Voir le mémento 6.08 (www.av-s-ai.info/andere/00134/00223/index.html?lang=fr).

Dans l'agriculture, les allocations pour enfant s'élèvent à 200 francs et les allocations de formation professionnelle à 250 francs. Ces montants sont relevés de 20 francs dans les régions de montagne. A certaines conditions, les salariés agricoles touchent en plus une allocation de ménage mensuelle de 100 francs.

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

▶ Les ressortissants de l'UE et de l'AELE travaillant en Suisse mais dont les enfants sont restés à l'étranger ont le même droit aux allocations que ceux qui ont leurs enfants en Suisse. Lorsque l'un des deux parents travaille dans le pays où vit l'enfant, ce sont les allocations familiales de ce pays 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 à des allocations familiales que si la Suisse a conclu avec le pays 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 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. Les adresses de toutes les caisses de compensation figurent aux dernières pages des annuaires téléphoniques.

Des informations complémentaires figurent 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

Caisses de compensation AVS et offices AI
(les adresses figurent dans les annuaires téléphoniques)
www.avs-ai.info

PP

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

Institution supplétive LPP et autorités de surveillance LPP:
www.avs-ai.info / Mémento 6.06

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
Gibelinstrasse 25, case postale
4503 Solothurn
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
www.avs-ai.info / Mémento 6.07

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
6002 Luzern
www.suva.ch

AC Secrétariat d'Etat à l'économie (SECO) - Direction
du travail
Marché du travail et assurance-chômage
Effingerstrasse 31
3003 Berne
www.seco.admin.ch

Informations générales sur les problèmes liés
au chômage:
Offices régionaux de placement (ORP)
www.orp.ch

Adresses des offices régionaux de placement, des
caisses de chômage et des offices du travail,
et informations sur les prestations financières de
l'assurance-chômage:
www.espace-emploi.ch/

Généralités

Vente de publications:

Office fédéral des constructions et de la logistique OFCL
3003 Berne,

www.bbl.admin.ch

Entrée/séjour:

Office fédéral des migrations ODM

Quellenweg 15

3003 Bern-Wabern

www.bfm.admin.ch



Impressum

Texte: Centre d'information AVS/AI, Office fédéral
des assurances sociales et Secrétariat d'Etat à l'économie
Mars 2009

© Centre d'information AVS/AI