

Vos droits en matière de sécurité sociale

en Suisse



L'Europe sociale



Commission européenne



Ce guide présente des informations préparées et mises à jour en étroite collaboration avec les correspondants nationaux du MISSOC (*Mutual Information System on Social Protection*), le système d'information mutuelle sur la protection sociale.

De plus amples renseignements sur le réseau MISSOC sont disponibles à l'adresse: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=815>

Ce guide fournit une description générale du régime de sécurité sociale applicable dans les pays respectifs. Des informations supplémentaires peuvent être obtenues à travers d'autres publications MISSOC, toutes disponibles à l'adresse mentionnée ci-dessus. Vous pouvez également contacter les autorités et institutions compétentes énumérées à l'annexe I du présent guide.

Ni la Commission européenne ni aucune personne agissant au nom de la Commission ne sont responsables de l'usage qui pourrait être fait des informations contenues dans cette publication.



Table des matières

Chapitre I: Généralités, organisation et financement.....	5
Introduction	5
Organisation de la protection sociale	5
Financement	6
Vos droits en matière de prestations de sécurité sociale en cas de déplacement en Europe	9
Chapitre II: Soins de santé.....	10
Ouverture des droits.....	10
Couverture de l'assurance	10
Modalités d'accès	11
Vos droits en matière de soins de santé en cas de déplacement en Europe	12
Chapitre III : Prestations de maladie en espèces.....	13
Ouverture des droits.....	13
Couverture de l'assurance	13
Modalités d'accès	13
Vos droits en matière de prestations en espèces de l'assurance maladie en cas de déplacement en Europe	14
Chapitre IV: Prestations de maternité et de paternité	15
Ouverture des droits.....	15
Couverture de l'assurance	15
Modalités d'accès	16
Vos droits en matière de prestations de maternité et de paternité en cas de déplacement en Europe	16
Chapitre V: Prestations d'invalidité	17
Ouverture des droits.....	17
Couverture de l'assurance	18
Modalités d'accès	20
Vos droits en matière de prestations d'invalidité en cas de déplacement en Europe ...	20
Chapitre VI: Pensions et prestations de vieillesse.....	22
Ouverture des droits.....	22
Couverture de l'assurance	22
Modalités d'accès	23
Vos droits en matière de pensions et prestations de vieillesse en cas de déplacement en Europe	24
Chapitre VII: Prestations en faveur des survivants.....	25



Ouverture des droits.....	25
Couverture de l'assurance	26
Modalités d'accès	26
Vos droits en matière de prestations de survivant en cas de déplacement en Europe .	26
Chapitre VIII: Prestations pour accidents du travail et maladies professionnelles ..	27
Ouverture des droits.....	27
Couverture de l'assurance	27
Modalités d'accès	29
Vos droits en matière de prestations pour accidents du travail et maladies professionnelles en cas de déplacement en Europe	29
Chapitre IX: Prestations familiales	31
Ouverture des droits.....	31
Couverture de l'assurance	31
Modalités d'accès	31
Vos droits en matière de prestations familiales en cas de déplacement en Europe.....	32
Chapitre X: Chômage	33
Ouverture des droits.....	33
Couverture de l'assurance	33
Modalités d'accès	35
Vos droits en matière de prestations de chômage en cas de déplacement en Europe	35
Chapitre XI : Garantie de ressources.....	36
Ouverture des droits.....	36
Couverture de l'assurance	36
Modalités d'accès	37
Vos droits en matière de garantie de ressources en cas de déplacement en Europe...	37
Chapitre XII : Soins de longue durée	38
Ouverture des droits.....	38
Couverture de l'assurance	38
Modalités d'accès	39
Vos droits en matière de soins de longue durée en cas de déplacement en Europe	39
Annexe I: Adresses des institutions et sites internet utiles	40
Annexe II: Prestations spéciales à caractère non contributif	42



Chapitre I: Généralités, organisation et financement

Introduction

Sécurité sociale

L'assurance maladie suisse comprend l'assurance obligatoire des soins (prise en charge des frais relatifs aux prestations de soins en cas de maladie, de maternité et, à titre subsidiaire, en cas d'accident) ainsi que l'assurance facultative d'indemnités journalières.

En ce qui concerne la maternité, les prestations en nature sont allouées par l'assurance-maladie et les prestations en espèces par le régime des allocations pour perte de gain (régime APG) qui outre des allocations de maternité octroie également des allocations en cas de service aux personnes servant dans l'armée, dans le service civil ou dans la protection civile.

L'assurance accidents et maladies professionnelles couvre les accidents de toute nature et les maladies professionnelles. Elle est obligatoire pour les salariés et facultative pour les travailleurs indépendants. Les personnes qui ne sont pas assurées contre les accidents conformément à la loi sur l'assurance-accidents le sont par l'assurance-maladie, en ce qui concerne les soins de santé.

La prévoyance vieillesse, survivants et invalidité est organisée selon un système reposant sur un régime public de pension (assurance fédérale de base) couvrant toute la population. Ce système est complété par un régime de prévoyance professionnelle en faveur des salariés, dont une partie est obligatoire pour une certaine tranche de revenus et facultative pour le reste, au choix de l'employeur (prévoyance professionnelle). À cela s'ajoute l'épargne privée volontaire bénéficiant de certaines mesures d'encouragement (prévoyance privée individuelle). C'est ce que l'on appelle, en Suisse, le système des trois piliers.

Les prestations familiales dans le secteur agricole sont réglées au plan fédéral. Dans les autres secteurs, elles sont soumises aux législations cantonales et à une loi fédérale d'harmonisation.

L'assurance chômage est obligatoire pour les salariés.

Aide sociale

L'aide sociale, ultime filet de la protection sociale, relève à quelques exceptions près de la compétence des cantons, son exécution étant généralement déléguée aux communes. L'aide sociale s'appuie donc pour l'essentiel sur 26 systèmes cantonaux, ce qui génère d'importantes disparités. Les recommandations de la Conférence suisse des institutions d'action sociale (CSIAS) contribuent toutefois à une certaine harmonisation des prestations.

Organisation de la protection sociale

Sécurité sociale

Chaque branche de la sécurité sociale est gérée par des organes différents.

L'assurance-maladie est gérée par les caisses-maladie reconnues et par les institutions d'assurance privées autorisées à pratiquer l'assurance-maladie sociale. Toute personne



soumise à l'obligation d'assurance peut choisir librement parmi les assureurs agréés de son lieu de résidence.

L'assurance-accidents est gérée par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) qui assure plus de la moitié des travailleurs et par des institutions d'assurance publiques ou privées.

L'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (AHV-AVS/IV-AI, premier pilier) est gérée par les caisses de compensation cantonales, fédérales et professionnelles et une Centrale de compensation; l'assurance-invalidité est en outre gérée par les offices cantonaux IV-AI.

Le régime APG (*prestations en espèces de maternité*) est géré par les organes de l'assurance-vieillesse et survivants (AHV-AVS).

Les cantons désignent les organes chargés de recevoir et d'examiner les demandes, de fixer et de verser les *prestations complémentaires au premier pilier*. En général, ce sont les caisses cantonales de compensation.

La *prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité* (deuxième pilier) est gérée par les institutions de prévoyance enregistrées.

Les *allocations familiales*, dans le régime fédéral, sont gérées par les caisses de compensation cantonales et, dans les régimes cantonaux, par les caisses d'allocations familiales (caisses professionnelles ou interprofessionnelles reconnues et caisses cantonales).

De nombreux organismes sont chargés de l'application de l'assurance-chômage; il s'agit essentiellement des caisses de chômage publiques, des caisses de chômage privées agréées, des autorités désignées par les cantons et de certains organes de l'assurance-vieillesse et survivants (AHV-AVS).

Les branches maladie et accident sont placées sous le contrôle de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) qui fait partie du Département (ministère) fédéral de l'intérieur. Les branches vieillesse, survivants et invalidité, le régime des allocations pour perte de gain (régime APG) ainsi que les allocations familiales relèvent de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) qui fait partie du même Département. L'assurance-chômage relève du Secrétariat d'État à l'économie (seco), lui-même faisant partie du Département (ministère) fédéral de l'économie.

Aide sociale

Voir [Généralités](#).

Financement

Les différentes branches des assurances sociales sont généralement financées en premier lieu par les cotisations des assurés et des employeurs et, en second lieu, par les recettes fiscales.

Prestations en nature de maladie et maternité

Concernant les *prestations en nature de maladie et maternité*, la prime individuelle est fixée par l'assureur et approuvée par l'autorité de surveillance. Les assurés résidant dans une même région paient des primes identiques chez un même assureur. Possibilité pour les assureurs d'échelonner le montant des primes, si les coûts diffèrent selon les cantons et les régions. Une prime réduite est fixée pour les enfants (jusqu'à 18 ans inclus) et les jeunes adultes (jusqu'à 25 ans inclus).



La prime moyenne applicable en Suisse par adulte (couverture accidents incluse) était de CHF 374 (€ 305) par mois en 2011.

Les pouvoirs publics accordent aux personnes de condition économique modeste une diminution des primes.

Prestations de maladie et de maternité

La prime des prestations maladie en espèces est fixée par l'assureur. Les primes sont égales si les prestations assurées sont égales, mais il est possible d'échelonner les primes selon l'âge d'entrée dans l'assurance et les régions.

Les allocations pour perte de gain en cas de maternité et de service (APG) sont financées par les assurés et les employeurs:

- 0,5% du salaire brut (au total, les salariés et les employeurs contribuant chacun à hauteur de 0,25%);
- 0,5% du revenu brut professionnel pour les indépendants; réduction du taux de cotisation selon un barème dégressif à partir d'un seuil de revenu;
- pas de seuil ou de plafond de cotisation pour la population active;
- les non-actifs paient des cotisations variant entre CHF 23 (€ 19) et CHF 500 (€ 408) par an (en 2011), selon leurs conditions sociales.

Accidents du travail et maladies professionnelles

Les primes pour l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles sont fixées en pourcentage du gain assuré et sont à la charge de l'employeur. Les entreprises sont classées dans les classes et degrés du tarif des primes selon leur nature et leurs conditions propres; le classement tient notamment compte du risque d'accidents et de l'état des mesures de prévention. Le plafond du gain assuré est de CHF 126.000 (€ 102.715) par an (en 2011).

Accidents non professionnels

Les primes des accidents non professionnels sont fixées en pourcentage du gain assuré et sont à la charge du travailleur. Les assurés sont répartis en classes de risques (selon les entreprises qui les emploient). Le plafond du gain assuré est de CHF 126.000 (€ 102.715) par an (en 2011).

Invalidité

L'assurance-invalidité (premier pilier, régime de base) est financée par:

- 1,4% du salaire brut (au total, les salariés et les employeurs contribuant chacun à hauteur de 0,7%);
- 1,4% du revenu brut professionnel pour les indépendants; réduction du taux de cotisation selon un barème dégressif à partir d'un seuil de revenu;
- pas de seuil ou de plafond de cotisation pour la population active;
- les non-actifs paient des cotisations variant entre CHF 65 (€ 53) et CHF 1.400 (€ 1.141) par an (en 2011), selon leurs conditions sociales.

Dans le régime de base, la Confédération couvre 37,7% des dépenses annuelles. En outre, entre 2011 et 2017, un pourcentage du total des recettes de la TVA est affecté à l'assurance-invalidité. Ce taux s'élève à 3,98% en 2011 et à 4,99% de 2012 à 2017.



L'allocation pour impotent est financée exclusivement par la Confédération.

Prévoyance professionnelle (deuxième pilier, minimum obligatoire): La cotisation inclut les risques d'invalidité et de décès et, à partir de 25 ans, également le risque vieillesse.

Vieillesse et décès

L'assurance-vieillesse et survivants (premier pilier, régime de base) est financée par:

- 8,4 du salaire brut (au total, les salariés et les employeurs contribuant chacun à hauteur de 4,2%);
- 7,8% du revenu brut professionnel pour les indépendants; réduction du taux de cotisation selon un barème dégressif à partir d'un seuil de revenu;
- pas de seuil ou de plafond de cotisation pour la population active;
- les non-actifs paient des cotisations variant entre CHF 387 (€ 315) et CHF 8.400 (€ 6.848) par an (en 2011), selon leurs conditions sociales.

Dans le régime de base, la Confédération couvre 19,55% des dépenses annuelles. 13,33% du total des recettes de la TVA ainsi que les recettes de la taxe sur les maisons de jeu sont affectés à l'assurance-vieillesse et survivants.

L'allocation pour impotent est financée exclusivement par la Confédération.

Prévoyance professionnelle (deuxième pilier, minimum obligatoire): les cotisations varient de 7 à 18% du salaire assuré, en fonction de l'âge de l'assuré (bonifications de vieillesse). Le salaire assuré («salaire coordonné») est la partie du salaire annuel comprise entre CHF 24.360 (€ 19.858) et CHF 83.520 (€ 68.085) (en 2011). La somme des cotisations de l'employeur doit être au moins égale à la somme des cotisations de ses travailleurs.

Chômage

L'assurance chômage est financée par:

- 2,2% du salaire brut (les salariés et les employeurs contribuant chacun à hauteur de 1,1%); plafond: CHF 10.500 (€ 8.560) par mois (en 2011);
- une cotisation de solidarité de 1% (les salariés et les employeurs contribuant chacun à hauteur de 0,5%) sur la partie du salaire comprise entre CHF 10.500 (€ 8.560) et CHF 26.250 (€ 21.399) par mois (en 2011);
- les indépendants et les inactifs ne sont pas assurés.

La Confédération participe aux coûts du service de l'emploi et des mesures relatives au marché du travail à raison de 0,159% de la somme des salaires soumis à cotisation. Si nécessaire, la Confédération accorde des prêts de trésorerie aux conditions du marché.

Prestations familiales

Prestations familiales du régime fédéral pour l'agriculture: pour les agriculteurs indépendants, les prestations familiales bénéficient d'un financement public (Confédération $[\frac{2}{3}]$ et cantons $[\frac{1}{3}]$), et pour les travailleurs agricoles, elles sont financées par les cotisations des employeurs (2% du salaire brut), le déficit étant couvert par la Confédération $(\frac{2}{3})$ et les cantons $(\frac{1}{3})$.

Régimes cantonaux - autres travailleurs (cela inclut les indépendants dans quelques cantons): les salariés ne paient pas de cotisations (sauf le canton du Valais, où ils paient 0,3% de cotisation) et les employeurs versent entre 0,1 et 4,2% selon le canton et la caisse. Les cantons financent les allocations familiales des personnes n'exerçant pas d'activité lucrative.



Vos droits en matière de prestations de sécurité sociale en cas de déplacement en Europe

Compte tenu des différences entre les systèmes de sécurité sociale des pays européens, des dispositions de l'UE ont été conçues afin d'assurer leur coordination. Il est important de disposer de règles communes assurant l'accès aux prestations sociales pour éviter que certains travailleurs européens ainsi que d'autres personnes assurées ne soient défavorisés lorsqu'ils exercent leur droit de libre circulation. Ces règles s'appuient sur les quatre principes suivants.

- Lorsque vous vous déplacez en Europe, vous êtes toujours assuré conformément à la législation d'un seul État membre: si vous êtes actif, il s'agira généralement du pays dans lequel vous travaillez; si vous êtes inactif, il s'agira du pays dans lequel vous résidez.
- Le principe d'égalité de traitement vous garantit les mêmes droits et obligations que les ressortissants du pays dans lequel vous êtes assuré.
- Le cas échéant, les périodes d'assurance acquises dans d'autres pays de l'UE peuvent être prises en compte lors de l'octroi d'une prestation
- Les prestations en espèces peuvent être «exportées» si vous vivez dans un pays autre que celui dans lequel vous êtes assuré.

Vous pouvez vous appuyer sur la législation de l'UE relative à la coordination des systèmes de sécurité sociale dans les 27 États membres de l'UE, ainsi qu'en Norvège, en Islande, au Liechtenstein (EEE) et en Suisse (31 pays au total).

Des informations générales sur les dispositions de l'UE sont fournies à la fin de chaque chapitre. D'autres informations concernant la coordination des droits en matière de sécurité sociale en cas de déplacement ou de voyages au sein de l'UE, en Islande, au Liechtenstein, en Norvège ou en Suisse peuvent être consultées à l'adresse: <http://ec.europa.eu/social-security-coordination>.



Chapitre II: Soins de santé

Ouverture des droits

L'assurance des soins est obligatoire pour toutes les personnes résidant en Suisse.

L'assurance est individuelle. Toute personne qui s'établit en Suisse est tenue de s'assurer dans les trois mois. L'affiliation à l'assurance des soins n'incombe pas à l'employeur. Le gouvernement peut étendre l'obligation de souscrire une assurance aux personnes ne résidant pas en Suisse, mais peut également exclure certaines catégories de personnes de l'assurance obligatoire.

Si les personnes s'assurent dans les délais impartis, l'assurance déploie ses effets dès la date de l'annonce du séjour. Si elles s'assurent plus tard, l'assurance déploie ses effets dès l'affiliation. La couverture obligatoire en matière d'assurance maladie est accordée sans réserve et sans qu'il puisse être tenu compte d'une maladie existante.

Il est possible de souscrire une assurance complémentaire de droit privé pour les prestations non couvertes par l'assurance obligatoire des soins. Les assureurs sont libres d'assurer ou pas, au titre de l'assurance complémentaire, les personnes qui en font la demande. Ils peuvent prévoir des limites d'âge et invoquer une réserve à la souscription d'assurance en raison de problèmes de santé existants.

Couverture de l'assurance

L'assurance des soins accorde des prestations en nature en cas de maladie, maternité ou accident (à titre subsidiaire, en cas de non-couverture par une assurance accidents).

L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles. Ces prestations doivent être efficaces, appropriées et économiques. Tous les assureurs qui pratiquent l'assurance des soins doivent prendre en charge les mêmes prestations, conformément à la loi:

- les examens et traitements dispensés sous forme ambulatoire, en milieu hospitalier ou dans un établissement médico-social ainsi que les soins dispensés dans un hôpital par des médecins, des chiropraticiens ou des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat médical;
- une contribution aux soins ambulatoires dispensés sur la base d'une prescription médicale et d'un besoin en soins avéré;
- les soins aigus et de transition qui se révèlent nécessaires à la suite d'un séjour hospitalier, prescrits par un médecin de l'hôpital (durant deux semaines au plus);
- les analyses, médicaments, moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques prescrits par un médecin ou, dans les limites fixées par le Conseil fédéral, par un chiropraticien;
- une participation aux frais des cures balnéaires prescrites par un médecin;
- les mesures de réadaptation effectuées ou prescrites par un médecin;
- le séjour en division commune d'un hôpital;
- le séjour dans une maison de naissance en cas d'accouchement;
- une contribution aux frais de transport médicalement nécessaires ainsi qu'aux frais de sauvetage;



- les prestations des pharmaciens (conseils) lors de la remise des médicaments prescrits;
- certains tests de dépistage et mesures préventives effectués ou prescrits par un médecin;
- les soins dentaires occasionnés par une maladie grave et non évitable du système de mastication ou liés à une autre maladie grave ou ses séquelles (par exemple, leucémie, Sida) ou, si nécessaires pour le traitement d'une maladie grave ou ses séquelles ou lorsque les lésions du système de mastication sont dus à un accident non couvert par une assurance accident.

L'assurance accidents obligatoire destinée aux travailleurs couvre les accidents non professionnels à condition que le travailleur exerce une activité salariée au moins huit heures par semaine pour un même employeur.

Les travailleurs indépendants et les non-actifs ne sont pas soumis à l'obligation d'assurance accidents, de sorte que dans leur cas, les coûts liés au traitement d'accidents non professionnels et professionnels sont couverts par l'assurance des soins.

Modalités d'accès

Vous pouvez librement choisir votre *médecin*. L'assureur prend en charge les frais jusqu'à hauteur du tarif applicable dans le lieu de résidence ou de travail de l'assuré ou dans les environs (hormis en cas d'urgence ou pour raisons médicales). L'assureur peut proposer à l'assuré une forme d'assurance avec un choix limité (médecin généraliste, *HMO*) en contrepartie d'une réduction de prime.

Sauf disposition contraire, l'assuré s'acquitte du paiement puis il est remboursé par l'assureur (système du tiers payant).

Les assurés participent aux coûts des prestations dont ils bénéficient. Cette participation obligatoire pour les adultes (c'est-à-dire à compter de 18 ans révolus) comprend un montant fixe par année (franchise de CHF 300 (€ 245) pour un adulte en 2011) et un taux de participation aux coûts qui dépassent la franchise (quote-part de 10% des coûts au-delà de la franchise). Pour les enfants, seule la quote-part est due. Le montant de la quote-part est limité (CHF 700 (€ 571) pour les adultes et CHF 350 (€ 285) pour un enfant ou CHF 1.000 (€ 815) pour plusieurs enfants d'une même famille par an, en 2011). Les adultes assurés peuvent opter pour une franchise plus élevée leur donnant droit à une réduction de prime ou opter pour une franchise pour les enfants.

Si une préparation originale est utilisée alors qu'un médicament générique figure sur la liste des médicaments remboursés, la quote-part est de 20%. D'autre part, aucune franchise n'est imposée pour certaines mesures de prévention appliquées dans le cadre de programmes nationaux ou cantonaux (en 2011 il s'agissait des programmes cantonaux de dépistage par mammographie et les programmes cantonaux de vaccination contre le papillomavirus humain).

Les soins de santé sont également dispensés dans des établissements publics et privés figurant sur la liste cantonale des hôpitaux agréés. Le paiement est effectué directement par l'assureur (système du tiers payant).

La participation est la même pour les soins ambulatoires et les traitements hospitaliers. En outre, les assurés de plus de 25 ans versent une contribution journalière aux frais de séjour (CHF 15 (€ 12) par jour en 2011).



Les assureurs rendent des décisions concernant les prestations. L'assuré peut attaquer ces décisions par voie d'opposition dans un délai de 30 jours. La décision sur opposition peut faire l'objet d'un recours en justice auprès du tribunal cantonal compétent, dont la décision peut à son tour être portée devant le tribunal fédéral.

Vos droits en matière de soins de santé en cas de déplacement en Europe

Si vous séjournez ou résidez dans un autre pays de l'Union européenne, en Islande, au Liechtenstein, en Norvège ou en Suisse, vous et votre famille pouvez bénéficier des services publics de santé dispensés dans ce pays. Cela ne signifie pas nécessairement que ce traitement sera gratuit; cela dépend des dispositions nationales.

Si vous prévoyez un séjour temporaire (vacances, voyage d'affaires, etc.) dans un autre pays de l'UE, en Islande, au Liechtenstein, en Norvège ou en Suisse, demandez une carte européenne d'assurance maladie (CEAM) avant de partir. Des informations complémentaires sur la CEAM et sur ses modalités d'obtention sont disponibles à l'adresse: <http://ehic.europa.eu>.

Si vous prévoyez de partir vivre dans un autre pays de l'UE, des informations complémentaires sur vos droits en matière de soins de santé sont disponibles à l'adresse: <http://ec.europa.eu/social-security-coordination>.



Chapitre III : Prestations de maladie en espèces

Ouverture des droits

Il n'existe pas d'assurance obligatoire contre l'incapacité temporaire de travail due à une maladie. Toutes les personnes âgées de 15 à 65 ans, résidant ou exerçant une activité lucrative en Suisse, peuvent souscrire une assurance facultative.

Les assureurs sont tenus de conclure une assurance d'indemnités journalières facultative (en vertu du droit des assurances sociales), même en cas de maladie du demandeur. Toutefois, l'assureur peut exclure de l'assurance les maladies existantes au moment de l'admission, par une clause de réserve (pour une durée maximale de cinq ans).

En vertu des dispositions du droit du travail (code des obligations), l'employeur est tenu de poursuivre le versement du salaire pour une durée limitée au travailleur en incapacité de travail en raison d'une maladie ou d'une grossesse. Cette durée est de trois semaines au cours de la première année de service. Ensuite, une période plus longue est fixée «équitablement». Les conventions collectives de travail prévoient souvent des conditions plus favorables.

Si les indemnités journalières remplacent l'obligation de maintien du salaire des travailleurs en vertu du droit du travail en cas de maladie et de grossesse, l'employeur est tenu de prendre en charge au moins la moitié des primes dues.

Une obligation d'assurance peut résulter du contrat de travail ou d'une convention collective de travail. Dans ce cas, l'assurance d'indemnités journalières (*Taggeldversicherung*) peut être passée sous la forme d'un contrat d'assurance collectif. À l'expiration du contrat de travail, il est possible d'accéder à une assurance individuelle d'indemnités journalières, sans que l'assureur puisse instituer de nouvelles réserves en raison d'une maladie existante. Cela ne s'applique pas aux assurances d'indemnités journalières en dehors du droit des assurances sociales, conclues en vertu du droit des assurances privées.

Couverture de l'assurance

L'assureur convient avec l'assuré du montant des *indemnités journalières* (*Taggeld*). Sauf disposition contraire, le droit aux indemnités journalières prend naissance le troisième jour qui suit le début de la maladie. Les indemnités sont versées pendant au moins 720 jours sur une période de 900 jours.

Des règles particulières s'appliquent aux chômeurs. Les personnes ayant une incapacité de travail supérieure à 50% reçoivent des indemnités journalières complètes alors que celles dont l'incapacité de travail est comprise entre 25 et 50% reçoivent la moitié des indemnités journalières.

Modalités d'accès

L'incapacité de travail doit être certifiée par un médecin. Cette incapacité doit être au moins de 50%. La demande d'indemnités journalières de maladie doit être adressée à l'employeur ou à l'assureur, selon celui qui est tenu de les verser.

Les assureurs rendent des décisions concernant les prestations. L'assuré peut attaquer ces décisions par voie d'opposition dans un délai de 30 jours. La décision sur opposition peut faire l'objet d'un recours en justice auprès du tribunal cantonal compétent, dont la décision peut à son tour être portée devant le tribunal fédéral.



Vos droits en matière de prestations en espèces de l'assurance maladie en cas de déplacement en Europe

En général, les prestations en espèces de l'assurance maladie (c'est-à-dire les prestations normalement destinées à compenser la suspension de revenu pour cause de maladie) sont toujours payées conformément à la législation du pays dans lequel vous êtes assuré, indépendamment de votre lieu de résidence ou de séjour.*

Lorsque vous vous rendez dans un autre pays de l'Union européenne, en Islande, au Liechtenstein, en Norvège ou en Suisse, lorsque certaines conditions doivent être remplies avant de pouvoir bénéficier de prestations en espèces de l'assurance maladie, l'institution compétente (c'est-à-dire l'institution du pays dans lequel vous êtes assuré) doit tenir compte de vos périodes d'assurance, de résidence ou d'emploi accomplies sous la législation de l'un des pays mentionnés ci-dessus. Cette garantie signifie que vous ne perdez pas votre couverture d'assurance maladie lorsque vous changez d'emploi et vous rendez dans un autre pays.

Des informations complémentaires sur la coordination des droits en matière de sécurité sociale en cas de déplacement ou de voyage peuvent être consultées à l'adresse <http://ec.europa.eu/social-security-coordination>.

* Certaines prestations spéciales en espèces à caractère non contributif existent exclusivement dans le pays dans lequel le bénéficiaire réside et ne sont donc pas «exportables». Une liste de ces prestations figure à l'annexe II, à la fin de ce guide.



Chapitre IV: Prestations de maternité et de paternité

Ouverture des droits

Prestations en nature

L'assurance des soins est obligatoire pour toutes les personnes résidant en Suisse (pour de plus amples informations, voir [chapitre II: Soins de santé](#)). L'assurance des soins propose également des prestations en nature en cas de maternité. La couverture de l'assurance est accordée sans réserve et sans qu'il puisse être tenu compte d'une grossesse existante.

Congé/indemnités de maternité

Peut prétendre à des prestations en espèces en cas de maternité (allocations de maternité), toute femme ayant exercé une activité lucrative et affiliée à l'assurance vieillesse et survivants (AHV-AVS) obligatoire du régime suisse durant les neuf mois précédant immédiatement l'accouchement et qui a, au cours de cette période, exercé une activité lucrative durant au moins cinq mois et au moment de l'accouchement, était salariée ou indépendante. Elle doit en outre avoir effectivement cessé de travailler pendant son congé de maternité.

Couverture de l'assurance

Prestations en nature

L'assurance des soins obligatoire couvre les prestations générales en cas de maladie (pour de plus amples informations, voir [chapitre II: Soins de santé](#)) et les prestations spécifiques à la maternité:

- les examens de contrôle, effectués par un médecin ou une sage-femme ou prescrits par un médecin, pendant et après la grossesse;
- une contribution aux cours de préparation à l'accouchement;
- l'accouchement à domicile, dans un hôpital ou une maison de naissance et l'assistance d'un médecin ou d'une sage-femme;
- les conseils nécessaires en cas d'allaitement;
- les soins accordés au nouveau-né en bonne santé et son séjour, tant qu'il demeure à l'hôpital avec sa mère.

Congé et indemnités de maternité/ paternité

En vertu des dispositions du droit du travail (code des obligations), l'employeur est tenu de poursuivre le versement du salaire pour une durée limitée au travailleur en incapacité de travail en raison d'une grossesse. Cette durée est de trois semaines au cours de la première année de service. Ensuite, une période plus longue est fixée «équitablement». Les conventions collectives de travail prévoient souvent des conditions plus favorables.

Le droit à l'allocation de maternité prend effet le jour de l'accouchement et s'éteint au plus tard le 98^e jour (à savoir 14 semaines). Il cesse avant ce terme si la mère reprend une activité lucrative à temps plein ou à temps partiel, ou si elle décède.

L'allocation de maternité s'élève à 80% du revenu moyen de l'activité lucrative obtenu avant le début du droit à l'allocation, le montant maximal s'élevant à CHF 196 (€ 160) par jour (en 2011).



Modalités d'accès

En matière de soins de santé, vous pouvez consulter votre médecin ou des hôpitaux publics et privés figurant sur la liste cantonale des hôpitaux agréés. Aucune participation aux frais de traitement n'est exigée pour les prestations de maternité.

Le régime APG (*prestations en espèces de maternité*) est géré par les organes de l'assurance-vieillesse et survivants (AHV-AVS), auprès desquels les demandes d'allocations de maternité doivent être déposées.

Les assureurs rendent des décisions concernant les prestations. L'assuré peut attaquer ces décisions par voie d'opposition dans un délai de 30 jours. La décision sur opposition peut faire l'objet d'un recours en justice auprès du tribunal cantonal compétent, dont la décision peut à son tour être portée devant le tribunal fédéral.

Vos droits en matière de prestations de maternité et de paternité en cas de déplacement en Europe

Les dispositions en matière de coordination couvrent les prestations de maternité et de paternité assimilées. Lorsque certaines conditions doivent être remplies avant de pouvoir bénéficier des prestations, l'institution compétente (c'est-à-dire l'institution du pays dans lequel vous êtes assuré) doit tenir compte des périodes d'assurance, de résidence ou d'emploi accomplies sous la législation d'un autre pays de l'Union européenne, en Islande, au Liechtenstein, en Norvège ou en Suisse.

En général, les prestations en espèces (c'est-à-dire les prestations normalement destinées à compenser une suspension de revenu) sont toujours payées conformément à la législation du pays dans lequel vous êtes assuré, indépendamment de votre lieu de résidence ou de séjour*. Les prestations en nature (c'est-à-dire les soins médicaux, médicaments et hospitalisations) sont fournies conformément à la législation de votre pays de résidence comme si vous y étiez assuré.

Des informations complémentaires sur la coordination des droits en matière de sécurité sociale en cas de déplacement ou de voyage peuvent être consultées à l'adresse <http://ec.europa.eu/social-security-coordination>.

* Certaines prestations spéciales en espèces à caractère non contributif existent exclusivement dans le pays dans lequel le bénéficiaire réside et ne sont donc pas «exportables». Une liste de ces prestations figure à l'annexe II, à la fin de ce guide.



Chapitre V: Prestations d'invalidité

Ouverture des droits

Invalidité

Par invalidité, on entend l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution totale ou partielle de la capacité de gain d'un assuré sur un marché du travail équilibré, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

La prévoyance invalidité, vieillesse et survivants repose sur un concept comprenant trois piliers.

Premier pilier

Le premier pilier constitue la prévoyance étatique et comprend l'assurance-vieillesse et survivants (AHV-AVS) ainsi que l'assurance-invalidité (IV-AI). Les prestations de ces deux assurances sont destinées à couvrir les besoins vitaux. Dans certains cas, il est possible de bénéficier de prestations complémentaires (PC) non contributives, aux fins de couvrir les besoins vitaux. Le premier pilier est obligatoire pour toutes les personnes domiciliées et/ou exerçant une activité lucrative en Suisse. Cela signifie qu'outre les travailleurs salariés, les indépendants et les non-actifs sont soumis à l'obligation de s'assurer. Sont exemptées les personnes qui ne satisfont les conditions de l'assurance obligatoire que pour une période relativement courte.

Les personnes qui exercent une activité lucrative sont tenues de payer des cotisations à partir du 1^{er} janvier qui suit leur 17^e anniversaire. Les non-actifs sont également soumis à l'obligation de cotiser à partir du 1^{er} janvier qui suit leur 20^e anniversaire. Pour avoir droit aux prestations d'invalidité, il convient d'avoir cotisé au moins trois ans. Les prestations peuvent être demandées dès l'âge de 18 ans ou plus (jusqu'à l'âge de la retraite).

Les citoyens suisses et les ressortissants des États membres de l'Espace économique européen, qui vivent dans un État tiers, peuvent s'affilier à l'assurance facultative, à condition d'avoir été affiliés à l'assurance obligatoire AHV-AVS /IV-AI, juste avant, pendant au moins cinq années consécutives.

Deuxième pilier

Le deuxième pilier, à savoir la prévoyance professionnelle (PP) vieillesse, survivants et invalidité, vient compléter le premier pilier. Ensemble, ces deux piliers doivent permettre le maintien du niveau de vie antérieur de manière appropriée.

Les personnes assurées dans le cadre de la prévoyance professionnelle obligatoire sont les salariés assurés obligatoirement à l'AHV-AVS. Ils sont soumis à l'obligation de cotiser sur la partie de leur salaire compris entre un certain seuil et un certain plafond. Les institutions de prévoyance (caisses de pension) peuvent prévoir, dans leur règlement, des prestations allant au-delà du minimum obligatoire. Elles peuvent notamment assurer un salaire inférieur au seuil ou supérieur au plafond (jusqu'à un certain plafond de salaire).

Dès le 1^{er} janvier qui suit la date où ils ont eu 17 ans, les travailleurs sont assurés à titre obligatoire pour les risques d'invalidité et de décès, à condition de recevoir un certain salaire annuel d'un même employeur. Après 24 ans, outre les risques d'invalidité et de



décès, ils sont assurés à titre obligatoire pour le risque vieillesse. Les chômeurs sont également assurés pour les risques d'invalidité et de décès, et ce, à des conditions restrictives.

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

Sont exemptés par exemple, les salariés dont l'employeur n'est pas tenu de verser des cotisations au titre du premier pilier, les salariés engagés pour une durée limitée n'excédant pas trois mois, les personnes atteintes d'une invalidité à 70% au moins, et certains membres de la famille d'un agriculteur qui travaillent pour l'exploitation.

L'assurance facultative est ouverte aux salariés et indépendants non soumis à l'assurance obligatoire.

Troisième pilier

Le troisième pilier comprend la prévoyance individuelle facultative destinée à couvrir d'autres besoins individuels. Il est possible d'assurer ou d'épargner à titre individuel en vue de bénéficier de prestations d'invalidité, de vieillesse et de décès en souscrivant un contrat de prévoyance auprès de sociétés d'assurance, de fondations bancaires ou d'assurances vie.

Couverture de l'assurance

Premier pilier

Les prestations prévues par l'assurance invalidité (IV-AI, premier pilier) visent à prévenir, réduire ou éliminer l'invalidité grâce à des mesures de réadaptation appropriées, simples et adéquates, à compenser les effets économiques permanents de l'invalidité en couvrant les besoins vitaux dans une mesure appropriée et à aider les assurés concernés à mener une vie autonome et responsable.

▪ Mesures de réadaptation

Les assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente ont droit aux mesures de réadaptation dans la mesure où elles sont nécessaires et adéquates pour rétablir, maintenir ou améliorer la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels (par exemple les tâches ménagères). Les mesures de réadaptation englobent les mesures médicales pour les assurés de moins de 20 ans, les mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle, des mesures professionnelles et la mise à disposition de moyens auxiliaires. Il peut être accordé en plus une indemnité journalière pendant la réadaptation, à certaines conditions. Le principe "la réadaptation prime la rente" s'applique.

▪ Pension d'invalidité

Tout assuré ayant une incapacité de travail d'au moins 40% sur une année peut prétendre à la rente d'invalidité (*Invalidenrente*) à condition de pouvoir faire état d'au moins trois ans de cotisations à l'*AHV-AVS/IV-AI*.

Un degré d'invalidité de

- 70% confère un droit à une rente entière,
- 60% à un trois-quarts de rente,



- 50% à une demi-rente et
- 40% à un quart de rente.

Le calcul de la rente IV-AI repose sur les mêmes principes que la rente AHV-AVS (pour de plus amples informations, voir [chapitre VI: Pensions et prestations de vieillesse](#)). Le montant de la rente dépend du nombre d'années de cotisation (qui détermine l'échelle des rentes) et le revenu annuel moyen (qui détermine le montant de la rente dans le cadre de l'échelle des rentes applicable).

Pour ce qui est des conjoints qui n'exercent aucune activité lucrative, leur cotisation est considérée comme acquittée, pour autant que leur conjoint actif ait versé au moins le double de la cotisation minimale dans le cadre de l'AHV-AVS/IV-AI. Cette condition s'applique également dans le cadre d'un partenariat enregistré.

Les cotisations des personnes inactives sont converties et comptabilisées en tant que revenu d'une activité lucrative pour le calcul de leur rente.

Les montants de la rente entière correspondent à ceux de l'AHV-AVS. Si le taux d'invalidité subit une modification notable, la rente est adaptée en conséquence.

Le droit à la rente d'invalidité s'éteint dès que l'assuré n'est plus invalide ou qu'il peut prétendre à la rente de vieillesse ou en cas de décès.

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

L'invalidité des assurés qui n'exercent pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'ils en entreprennent une est évaluée en fonction de l'incapacité d'accomplir leurs travaux habituels (par exemple les tâches ménagères).

Le bénéficiaire d'une rente d'invalidité peut prétendre une rente pour chaque enfant qui, au moment du décès, aurait droit à une rente d'orphelin (son montant est égal à 40% de la rente d'invalidité).

▪ Allocation pour impotent

Peut prétendre à l'allocation pour impotent, tout assuré 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 les actes élémentaires de la vie quotidienne. L'impotence peut être grave, moyenne ou faible (pour de plus amples informations, voir [chapitre XII: Soins de longue durée](#)).

Deuxième pilier

Les personnes invalides à 40% au moins au sens de l'assurance invalidité (premier pilier) et qui, à la survenance de l'incapacité de travail, étaient assurées au titre de la prévoyance professionnelle (deuxième pilier) peuvent prétendre à une rente d'invalidité à ce titre. Le montant de la rente dépend du degré d'invalidité (à l'instar du premier pilier).

La rente est calculée en pourcentage de l'avoir de vieillesse (composé des cotisations et des intérêts), en tenant compte de l'avoir projeté (jusqu'à la retraite) et du taux de conversion de la rente (6,95% pour les hommes et 6,9% pour les femmes en 2011).



La rente d'invalidité est remplacée par une prestation en capital lorsque la rente est inférieure à 10% de la rente minimale de vieillesse de l'AHV-AVS ou lorsque le règlement de l'institution de prévoyance le prévoit.

Les assurés qui ont droit à une rente d'invalidité, peuvent prétendre à une rente complémentaire pour chaque enfant qui, à leur décès, aurait droit à une rente d'orphelin. Son montant est de 20% de la rente d'invalidité entière.

Le deuxième pilier ne prévoit pas de mesures de réadaptation.

En principe, un droit à la rente s'ouvre à la survenance du cas de prévoyance. Dans des cas particuliers, comme par exemple lorsque l'assuré s'établit comme indépendant ou accède à la propriété de son logement, un versement anticipé (partiel) est possible.

Troisième pilier

Les conditions d'octroi des prestations prévues dans le cadre de la prévoyance facultative en cas d'invalidité dépendent des dispositions prévues dans le contrat d'assurance individuelle et du produit de prévoyance concerné. Les salariés et indépendants bénéficient d'avantages fiscaux jusqu'à concurrence d'un certain montant au titre de la prévoyance individuelle.

En principe, les prestations de prévoyance individuelle ne sont versées qu'à la réalisation du risque. Un versement anticipé est possible, à certaines conditions.

Outre les prestations prévues par les trois piliers, on peut également bénéficier de prestations en cas d'invalidité au titre de l'assurance accidents.

Modalités d'accès

Les demandes de prestations d'invalidité du premier pilier doivent être déposées auprès de l'office cantonal IV-AI compétent. Cet office communique à l'assuré la décision sur les prestations qui va être rendue. L'assuré a droit à un préavis (*Vorbescheid*). La décision finale est ensuite formellement adoptée et peut faire l'objet d'un recours devant le tribunal cantonal compétent dont la décision peut à son tour être adressée au tribunal fédéral.

Le régime de *prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité (deuxième pilier)* est géré par les institutions de prévoyance enregistrées, auprès desquelles les demandes de prestation doivent être déposées. Les conflits entre les institutions de prévoyance et les assurés peuvent être portés devant le tribunal cantonal compétent. Les décisions de celui-ci peuvent ensuite être renvoyées devant le tribunal fédéral.

Il est possible de réévaluer l'invalidité à tout moment jusqu'à l'âge de la retraite.

Vos droits en matière de prestations d'invalidité en cas de déplacement en Europe

L'institution compétente du pays dans lequel vous demandez une pension d'invalidité doit tenir compte des périodes d'assurance ou de résidence accomplies sous la législation de tout autre pays de l'UE, en Islande, au Liechtenstein, en Norvège ou en Suisse, si cela s'avère nécessaire pour le droit aux prestations d'invalidité.



Les prestations d'invalidité sont payées quel que soit le lieu où vous résidez ou séjournez dans l'Union européenne, en Islande, au Liechtenstein, en Norvège ou en Suisse.* Les contrôles administratifs et examens médicaux nécessaires sont normalement effectués par l'institution compétente du pays dans lequel vous résidez. Dans certaines circonstances, il peut vous être demandé de revenir dans le pays qui vous verse votre pension pour y effectuer ces examens, si votre état de santé le permet.

Chaque pays applique ses critères nationaux pour déterminer le taux d'invalidité. Ainsi, certains pays peuvent considérer qu'une personne présente un taux d'invalidité de 70% alors que d'autres considèrent que cette même personne n'est pas invalide en vertu de leur législation. En effet, les systèmes nationaux de sécurité sociale ne sont pas harmonisés et les dispositions de l'UE assurent uniquement leur coordination.

Des informations complémentaires sur la coordination des droits en matière de sécurité sociale en cas de déplacement ou de voyage peuvent être consultées à l'adresse <http://ec.europa.eu/social-security-coordination>.

* Certaines prestations spéciales en espèces à caractère non contributif existent exclusivement dans le pays dans lequel le bénéficiaire réside et ne sont donc pas «exportables». Une liste de ces prestations figure à l'annexe II, à la fin de ce guide.



Chapitre VI: Pensions et prestations de vieillesse

Ouverture des droits

Les prestations de vieillesse sont accordées au titre du régime de base étatique de l'assurance-vieillesse et survivants (AHV-AVS, premier pilier), de la prévoyance professionnelle (deuxième pilier), et le cas échéant, de la prévoyance individuelle (troisième pilier).

Toutes les personnes domiciliées ou exerçant une activité lucrative en Suisse sont couvertes par l'assurance du premier pilier.

Les hommes et les femmes ayant respectivement atteint l'âge de 65 et 64 ans, peuvent prétendre à une rente AHV-AVS, à condition de pouvoir porter en compte au moins une année entière de cotisations à l'AHV-AVS/IV-AI.

L'assurance obligatoire au titre du deuxième pilier (prévoyance professionnelle) s'applique aux salariés de plus de 24 ans, affiliés au premier pilier et percevant d'un même employeur un salaire annuel de plus de CHF 20.880 (€ 17.021) (en 2011). L'assurance facultative est ouverte aux salariés non soumis à l'assurance obligatoire et aux indépendants.

Les personnes assurées à la prévoyance professionnelle peuvent prétendre aux prestations de vieillesse au même âge que celui auquel ils peuvent demander la rente AHV-AVS (à savoir, 65 ans pour les hommes et 64 ans pour les femmes). Aucune durée minimale d'assurance n'est exigée.

Les conditions d'octroi des prestations de la prévoyance vieillesse au titre du troisième pilier dépendent des dispositions prévues dans le contrat d'assurance individuelle et du produit de prévoyance concerné.

Couverture de l'assurance

AHV-AVS, premier pilier

Le calcul de la rente repose sur le nombre d'années de cotisation (qui détermine l'échelle des rentes) et le revenu annuel moyen (qui détermine le montant de la rente dans le cadre de l'échelle des rentes applicable). Ce revenu se compose des revenus de l'activité lucrative et des bonifications pour tâches éducatives et d'assistance.

Les parents peuvent prétendre à une bonification pour tâches éducatives (*Erziehungsgutschriften*) pour les années durant lesquelles ils exercent l'autorité parentale sur un ou plusieurs enfants âgés de moins de 16 ans.

Les personnes qui prennent en charge des parents de ligne ascendante ou descendante ainsi que des frères et sœurs au bénéfice d'une allocation de l'AHV-AVS ou de l'IV-AI pour impotent de degré moyen au moins et avec lesquels ils font ménage commun peuvent prétendre à une bonification pour tâches d'assistance (*Betreuungsgutschriften*).

Les revenus que les époux ont réalisés pendant leur mariage sont répartis et attribués pour moitié à chacun des époux. Les partenariats enregistrés sont considérés de la même façon que les mariages.



L'assuré reçoit la rente complète si la durée de cotisations est complète, c'est-à-dire s'il compte le même nombre d'années de cotisations que celui de sa classe d'âge. Il n'a droit qu'à une rente partielle si la durée de cotisation est incomplète.

Le montant mensuel de la rente comprend une fraction du montant minimal de la rente vieillesse (montant fixe) et une fraction du revenu annuel moyen (montant variable). La rente s'élève au minimum à CHF 1.160 (€ 946) par mois (en 2011) et au maximum à CHF 2.320 (€ 1.891) (ou CHF 3.480 (€ 2.837) pour un couple) par mois (en 2011).

Il est possible d'obtenir un versement anticipé de la rente d'un ou deux ans (rente anticipée) un taux de réduction étant appliqué par année d'anticipation (à savoir 6,8% par an). Il est également possible d'ajourner d'un à cinq ans le début de paiement de la rente qui sera dès lors augmentée d'un certain pourcentage (entre 5,2 et 31,5%, selon le nombre de mois de report).

Les bénéficiaires d'une rente de vieillesse (*Altersrente*) ont droit à une rente pour chacun des enfants qui, au décès de ces personnes, aurait droit à une rente d'orphelin (*Waisenrente*). Le montant de cette rente correspond à 40% de la rente de vieillesse.

L'*AHV-AVS* accorde des allocations pour impotent aux personnes ayant besoin de façon permanente de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir des actes élémentaires de la vie quotidienne (pour de plus amples informations, voir [chapitre XII: Soins de longue durée](#)).

PP, deuxième pilier

Les rentes de vieillesse au titre de la prévoyance professionnelle sont calculées en pourcentage de l'avoir de vieillesse de l'assuré (*Altersguthaben*). Cet avoir comprend les cotisations et les intérêts.

Le montant annuel de la rente équivaut à 6,95% pour les hommes et 6,9% pour les femmes (en 2011) de l'avoir de vieillesse de l'assuré à l'âge de la retraite.

Une retraite anticipée est possible si le règlement de l'institution de prévoyance le prévoit. L'assuré peut demander que le quart de son avoir de vieillesse, déterminant pour le calcul de la prestation de vieillesse, lui soit versé sous la forme d'une prestation en capital. Il est possible, à la demande de l'assuré, de percevoir une prestation en capital à la place d'une rente si le règlement de l'institution de prévoyance le permet.

En outre, les retraités peuvent bénéficier de rentes pour enfant (20% de la rente de vieillesse) aux mêmes conditions que dans le cadre du premier pilier.

Prévoyance individuelle, troisième pilier

Les conditions d'octroi des prestations de la prévoyance vieillesse et décès dépendent des dispositions prévues dans le contrat d'assurance individuelle et du produit de prévoyance concerné.

Modalités d'accès

Les prestations de vieillesse du premier pilier doivent être demandées auprès de la caisse de compensation compétente. Les décisions de cette dernière peuvent faire l'objet d'une opposition, puis d'un recours judiciaire.

Le régime de *prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité (deuxième pilier)* est géré par les institutions de prévoyance enregistrées, auprès desquelles les demandes de prestation doivent être déposées. Les conflits entre les institutions de prévoyance et les



assurés peuvent être portés devant le tribunal cantonal compétent. Les décisions de celui-ci peuvent ensuite être renvoyées devant le tribunal fédéral.

Vos droits en matière de pensions et prestations de vieillesse en cas de déplacement en Europe

Les dispositions de l'UE relatives aux pensions de vieillesse concernent exclusivement le système des pensions publiques et non les régimes privés, professionnels ou d'entreprise, de pension. Elles garantissent les éléments suivants:

- dans chaque pays de l'UE (ainsi qu'en Islande, au Liechtenstein, en Norvège et en Suisse) dans lequel vous avez été assuré, vos périodes d'assurance sont comptabilisées jusqu'à ce que vous atteigniez l'âge légal de la retraite dans ce pays;
- chaque pays de l'UE (ainsi que l'Islande, le Liechtenstein, la Norvège et la Suisse) dans lequel vous avez été assuré, vous versera une pension de vieillesse lorsque vous atteindrez l'âge de la retraite. Le montant que vous percevrez de chacun des États membres dépendra de la durée de la période d'assurance dans chaque État;
- votre pension vous sera versée quel que soit votre pays de résidence dans l'UE (ainsi qu'en Islande, au Liechtenstein, en Norvège et en Suisse).*

Vous devez adresser votre demande à l'institution d'assurance pension de l'État membre dans lequel vous résidez (ou en Islande, au Liechtenstein, en Norvège ou en Suisse), sauf si vous n'avez jamais travaillé dans ce pays, auquel cas vous devrez soumettre votre demande dans le pays où vous avez travaillé pour la dernière fois.

Des informations complémentaires sur la coordination des droits en matière de sécurité sociale en cas de déplacement ou de voyage peuvent être consultées à l'adresse <http://ec.europa.eu/social-security-coordination>.

* Certaines prestations spéciales en espèces à caractère non contributif existent exclusivement dans le pays dans lequel le bénéficiaire réside et ne sont donc pas «exportables». Une liste de ces prestations figure à l'annexe II, à la fin de ce guide.



Chapitre VII: Prestations en faveur des survivants

Ouverture des droits

Outre les prestations prévues dans le régime de base de l'assurance-vieillesse et survivants (AHV-AVS, premier pilier), la prévoyance professionnelle (PP, deuxième pilier), et le cas échéant, la prévoyance individuelle (troisième pilier), il est également accordé des prestations aux survivants au titre de l'assurance-accidents (décrites au [chapitre VIII](#)).

AHV-AVS, premier pilier

Toutes les personnes domiciliées ou exerçant une activité lucrative en Suisse doivent obligatoirement être assurées dans le cadre de l'assurance-vieillesse et survivants (AHV-AVS, premier pilier). Les veuves et veufs qui ont, au décès de leur conjoint, un ou plusieurs enfants peuvent prétendre à une rente de veuf ou de veuve. L'assuré décédé doit avoir cotisé au moins pendant une année.

Un veuf ou une personne dans un partenariat enregistré n'a droit à une rente de veuf qu'aussi longtemps qu'il a des enfants âgés de moins de 18 ans. Pour sa part, une veuve peut y avoir droit si elle a des enfants mais également si elle est âgée d'au moins 45 ans et est mariée depuis au moins cinq ans. La personne divorcée et celle dont le partenariat enregistré a été dissous y a droit si elle remplit certaines conditions (par exemple, avoir un enfant, ou avoir divorcé après 45 ans, dans les deux cas sous réserve que le mariage ait duré au moins dix ans). Le droit à la rente de veuve ou de veuf s'éteint en cas de remariage ou de décès.

Les enfants dont le père ou la mère est décédé(e) ont droit à une rente d'orphelin au titre de l'AHV-AVS. Ce droit s'éteint par l'accomplissement de la 18^e année ou 25^e année en cas d'apprentissage ou d'études, ou par le décès de l'orphelin.

PP, deuxième pilier

En cas de décès du salarié assuré ou du bénéficiaire d'une rente de vieillesse ou d'invalidité au titre de la prévoyance professionnelle, des prestations de survivant sont également octroyées. Il est possible de prétendre à une rente de veuve ou de veuf, lorsque le conjoint survivant, ou partenaire enregistré a un ou plusieurs enfants à charge, ou lorsqu'il a 45 ans et qu'il a été marié, ou en partenariat pendant cinq ans au moins. Le conjoint divorcé dépendant peut également y avoir droit, si le mariage a duré au moins dix ans. Le droit à la rente de veuve ou de veuf s'éteint en cas de remariage ou de décès.

Les rentes d'orphelin sont versées jusqu'à l'accomplissement des 18 ans, en cas d'apprentissage ou d'études, ou si l'orphelin est invalide à raison de 70% au moins et incapable d'exercer une activité lucrative, jusqu'à 25 ans. La rente d'orphelin s'éteint également en cas de décès de l'orphelin.

Prévoyance individuelle, troisième pilier

Les conditions d'octroi des prestations dans le cadre de la prévoyance facultative (troisième pilier) en cas de décès dépendent des dispositions prévues dans le contrat d'assurance individuelle et du produit de prévoyance concerné. Les bénéficiaires sont, en cas de décès du preneur de prévoyance, les héritiers directs ou, à défaut, les personnes qu'il aura désignées.



Couverture de l'assurance

AHV-AVS, premier pilier

La rente de veuve ou de veuf correspond à 80%, la rente d'orphelin à 40% de la rente de vieillesse revenant à la personne décédée. En cas de décès des deux parents, les orphelins ont droit à deux rentes d'orphelin (*Waisenrenten*). Elles sont réduites lorsqu'elles dépassent 60% de la rente de vieillesse maximale.

Le calcul repose sur les mêmes principes que la rente de vieillesse de l'AHV-AVS (*décrite au chapitre VI: Pensions et prestations de vieillesse*). Il existe une rente minimale (en 2011, CHF 928 (€ 757) par mois pour le conjoint ou partenaire survivant et CHF 464 (€ 378) par mois pour les orphelins) et une rente maximale (en 2011, CHF 1.856 (€ 1.513) par mois pour le conjoint ou partenaire survivant et CHF 928 (€ 757) par mois pour les orphelins).

PP, deuxième pilier

La rente de veuve ou de veuf et la rente d'orphelin par enfant correspondent respectivement à 60% et à 20% de la rente d'invalidité entière revenant à l'assuré. En cas de décès des deux parents, les orphelins ont droit à deux rentes d'orphelin.

Lorsque les rentes sont très faibles, le versement d'une indemnité en capital peut être envisagé. Cette possibilité est également ouverte dans d'autres cas selon le règlement de l'institution de prévoyance.

Modalités d'accès

Les prestations de vieillesse du premier pilier doivent être demandées auprès de la caisse de compensation compétente. Les décisions de cette dernière peuvent faire l'objet d'une opposition, puis d'un recours judiciaire.

Le régime de prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité (deuxième pilier) est géré par les institutions de prévoyance enregistrées, auprès desquelles les demandes de prestation doivent être déposées. Les conflits entre les institutions de prévoyance et les assurés peuvent être portés devant le tribunal cantonal compétent. Les décisions de celui-ci peuvent ensuite être renvoyées devant le tribunal fédéral.

Vos droits en matière de prestations de survivant en cas de déplacement en Europe

En général, les règles qui s'appliquent aux pensions pour les conjoints survivants ou les orphelins ainsi qu'aux allocations pour frais funéraires sont les mêmes que celles qui s'appliquent aux pensions d'invalidité et de vieillesse (voir chapitres V et VI). En effet, les pensions de survivant et les allocations de décès doivent être versées sans aucune réduction, modification ou suspension, quel que soit le lieu où réside le conjoint survivant dans l'Union européenne, en Islande, au Liechtenstein, en Norvège ou en Suisse.*

Des informations complémentaires sur la coordination des droits en matière de sécurité sociale en cas de déplacement ou de voyage peuvent être consultées à l'adresse <http://ec.europa.eu/social-security-coordination>.

* Certaines prestations spéciales en espèces à caractère non contributif existent exclusivement dans le pays dans lequel le bénéficiaire réside et ne sont donc pas «exportables». Une liste de ces prestations figure à l'annexe II, à la fin de ce guide.



Chapitre VIII: Prestations pour accidents du travail et maladies professionnelles

Ouverture des droits

L'assurance-accidents couvre les accidents du travail, les maladies professionnelles ainsi que les accidents non professionnels, dans ce dernier cas à condition que le travailleur exerce une activité salariée au moins huit heures par semaine pour un même employeur. Les personnes qui perçoivent des indemnités journalières d'assurance chômage sont également couvertes pour les accidents non professionnels.

Les salariés (y compris les travailleurs à domicile, les apprentis, stagiaires, travailleurs volontaires et les personnes travaillant dans des écoles de métiers ou des ateliers protégés) sont soumis à l'obligation d'assurance, l'assurance accidents étant facultative pour les travailleurs indépendants et les membres de la famille aidants.

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. Le trajet entre le domicile et le lieu de travail est également couvert par cette définition.

Par maladie professionnelle, on entend toute maladie due exclusivement ou de manière prépondérante, dans l'exercice de l'activité professionnelle, à des substances nocives ou à certains travaux (liste des substances et des travaux), ainsi que les autres maladies dont il est prouvé qu'elles ont été causées exclusivement ou de manière nettement prépondérante par l'exercice de l'activité professionnelle (clause générale).

Couverture de l'assurance

Soins de santé

L'assurance-accidents couvre les prestations de soins suivantes:

- traitement médical approprié:
 - traitement ambulatoire dispensé par le médecin ou le dentiste,
 - médicaments et analyses ordonnés par le médecin ou le dentiste,
 - traitement, nourriture et logement en salle commune d'un hôpital avec lequel une convention tarifaire a été conclue,
 - cures complémentaires ou cures de bains prescrites par le médecin,
 - moyens et appareils servant à la guérison;
- moyens auxiliaires d'un modèle simple et adéquat remis en prêt ou en toute propriété;
- dommages matériels: l'assuré a droit à l'indemnisation pour les dommages causés par un accident aux objets qui remplacent morphologiquement ou fonctionnellement une partie du corps (les frais de remplacement des lunettes, appareils acoustiques et prothèses dentaires ne sont pris en charge que si la lésion corporelle nécessite un traitement);
- frais nécessaires de sauvetage ainsi que les frais médicalement nécessaires de voyage et de transport;
- frais de transport du corps et frais funéraires.

Les mesures de réadaptation sont servies par l'assurance invalidité (décrite au chapitre V).



Prestations en espèces

Indemnités journalières

En cas d'incapacité de travail totale, l'assuré reçoit des indemnités pour perte de gain correspondant à 80% du gain assuré dès le troisième jour suivant celui de l'accident (l'employeur doit verser 80% du salaire pendant les trois premiers jours). Si l'incapacité n'est que partielle, il y a réduction en conséquence. Le droit à l'indemnité pour perte de gain s'éteint, dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède. Le gain assuré correspond au dernier salaire que l'assuré a reçu avant l'accident, jusqu'à concurrence du gain journalier maximum fixé (CHF 346 (€ 282) en 2011).

Des déductions au titre de participation aux frais d'entretien peuvent être opérées en cas d'hospitalisation, sauf pour les assurés ayant à leur charge des enfants mineurs ou qui font des études ou sont en apprentissage.

Il est possible de souscrire une assurance complémentaire de droit privé pour la perte de gain non couverte par l'assurance accidents.

Rente d'invalidité

Le droit à la rente d'invalidité prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré de la continuation du traitement médical, et après exécution des éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance invalidité. Le droit à cette rente s'éteint lorsque la rente est intégralement remplacée par une indemnité en capital, qu'elle est rachetée ou en cas de décès de l'assuré.

Les assurés atteints d'une incapacité d'au moins 10% ont droit à une rente d'invalidité. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

En cas d'incapacité de travail permanente, l'assuré a droit à une rente. En cas d'invalidité totale, la rente d'invalidité correspond à 80% du gain assuré; si l'invalidité n'est que partielle, il y a réduction en conséquence. Le gain assuré correspond au dernier salaire que l'assuré a reçu avant l'accident, jusqu'à concurrence du gain annuel maximum fixé (CHF 126.000 (€ 102.715) en 2011).

Lorsque l'on peut déduire de la nature de l'accident et du comportement de l'assuré que ce dernier recouvrera sa capacité de gain s'il reçoit une indemnité unique, les prestations cessent d'être allouées et l'assuré reçoit une indemnité en capital d'un montant maximum correspondant à trois fois le gain annuel assuré.

Indemnité pour atteinte à l'intégrité

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité (*Integritätsentschädigung*) est une prestation unique en indemnisation de préjudices immatériels en cas d'atteinte importante et durable à l'intégrité physique, mentale ou psychique. Cette prestation en capital est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité et calculée en pourcentage du gain annuel maximum assuré à l'époque de l'accident et ne peut excéder ce montant.

Allocation pour impotent

L'allocation pour impotent (*Hilflosenentschädigung*) est versée à 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 pour impotent est fixée selon le degré d'impotence (pour de plus amples informations, voir chapitre XII: Soins de longue durée).

Rente de survivant

En cas de décès, les survivants de l'assuré ont en principe droit à une rente de survivant. Les conjoints survivants ayants droit sont les suivants:

- veuves ou veufs qui, au décès de leur conjoint, ont un ou plusieurs enfants ayant droit à une rente ou qui sont invalides aux deux-tiers au moins;
- veuves qui ont un ou plusieurs enfants n'ayant plus droit à une rente ou qui ont accompli leur 45^e année;
- les veuves ont droit à une indemnité en capital lorsqu'elles ne remplissent pas les conditions d'octroi d'une rente;
- le conjoint divorcé est assimilé à la veuve ou au veuf dans la mesure où l'assuré victime de l'accident était tenu de lui verser une pension alimentaire.

La rente de survivant correspond à 40% du gain assuré pour les veuves et veufs, et à 20% du gain assuré pour le conjoint divorcé, mais au maximum à la contribution d'entretien qui est due. La rente d'orphelin correspond à 15% du gain assuré pour l'orphelin de père ou de mère, et à 25% du gain assuré pour l'orphelin de père et de mère.

En cas de concours de plusieurs survivants, les rentes de survivants s'élèvent à 70% du gain assuré au plus et en tout (90% lorsqu'il existe en outre une rente pour conjoint divorcé).

Le droit à la rente de survivant s'éteint en cas de décès du bénéficiaire ou de rachat de la rente. Par ailleurs, le droit à la rente de survivant pour le conjoint s'éteint en cas de remariage et le droit à une rente d'orphelin s'éteint par l'accomplissement de la 18^e année ou 25^e année en cas d'apprentissage ou d'études.

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

Modalités d'accès

Tout accident du travail ou maladie professionnelle doit immédiatement être déclaré(e) à l'assureur ou l'employeur.

Les soins sont dispensés par un médecin, un dentiste, un chiropraticien, une pharmacie ou un établissement hospitalier au libre choix de l'assuré. Aucune participation aux frais des soins n'est exigée de l'assuré.

La gestion de l'assurance accidents est assurée selon la catégorie de travailleurs par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) ou tout autre assureur admis, auprès desquels les prestations en espèces doivent être demandées. Les décisions de l'assureur peuvent faire l'objet d'une opposition, puis d'un recours judiciaire.

Vos droits en matière de prestations pour accidents du travail et maladies professionnelles en cas de déplacement en Europe

Les dispositions de l'UE sur les prestations concernant les accidents du travail et les maladies professionnelles sont très similaires aux dispositions sur les prestations de l'assurance maladie (voir sections II et III). Dans l'Union européenne, en Islande, au Liechtenstein, en Norvège ou en Suisse, si vous résidez ou séjournez dans un pays autre que celui dans lequel vous êtes couvert contre les accidents du travail et les maladies



professionnelles, vous pouvez normalement bénéficier de soins de santé en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle; les prestations en espèces sont normalement payées par l'organisme auquel vous êtes affilié, même si vous résidez ou séjournez dans un autre pays.¹

Lorsque certaines conditions doivent être remplies avant de pouvoir bénéficier des prestations pour accidents du travail ou maladies professionnelles, votre organisme d'affiliation doit tenir compte de vos périodes d'assurance, de résidence ou d'emploi accomplies sous la législation d'autres pays de l'Union européenne, en Islande, au Liechtenstein, en Norvège ou en Suisse. Cette garantie signifie que vous ne perdez pas votre couverture d'assurance maladie lorsque vous changez d'emploi et vous rendez dans un autre pays.

Des informations complémentaires sur la coordination des droits en matière de sécurité sociale en cas de déplacement ou de voyage peuvent être consultées à l'adresse <http://ec.europa.eu/social-security-coordination>.

¹ Certaines prestations spéciales en espèces à caractère non contributif existent exclusivement dans le pays dans lequel le bénéficiaire réside et ne sont donc pas «exportables». Une liste de ces prestations figure à l'annexe II, à la fin de ce guide.



Chapitre IX: Prestations familiales

Ouverture des droits

Les allocations familiales dans l'agriculture sont réglementées au niveau fédéral. Pour les autres secteurs, les allocations familiales sont réglementées par 26 lois cantonales et une loi fédérale d'harmonisation. D'autres prestations peuvent être prévues, par exemple, au titre d'un contrat de travail individuel ou de conventions collectives de travail.

Ouvrent droit aux allocations familiales les enfants de parents mariés ou non, les enfants adoptés, les enfants du conjoint/ partenaire enregistré, les enfants recueillis, ainsi que les frères et sœurs et les petits-enfants, s'ils sont à la charge du bénéficiaire de manière prépondérante.

L'allocation pour enfant est versée jusqu'à la 16^e année de l'enfant (20 ans s'il ne peut exercer une activité rémunérée). Une allocation de formation professionnelle est versée jusqu'à la 25^e année de l'enfant.

Allocations familiales dans l'agriculture

Les travailleurs agricoles et les agriculteurs indépendants peuvent prétendre à des allocations familiales. Les travailleurs agricoles ont également droit à une allocation de ménage lorsqu'ils font ménage commun avec leur conjoint ou leurs enfants.

Allocations familiales dans les autres secteurs

Tous les salariés peuvent prétendre à des allocations familiales, ainsi que toutes les personnes n'exerçant pas d'activité lucrative dont les revenus ne dépassent pas un certain montant (CHF 41.760 (€ 34.043) par an, en 2011). Dans 13 cantons, les travailleurs indépendants ont également droit à des allocations familiales.

Couverture de l'assurance

Allocations familiales dans l'agriculture

L'allocation pour enfant s'élève, par mois et par enfant, à CHF 200 (€ 163) dans les régions de plaine et CHF 220 (€ 179) dans les régions de montagne. L'allocation de formation professionnelle s'élève, par mois et par enfant, à CHF 250 (€ 204) dans les régions de plaine et CHF 270 (€ 220) dans les régions de montagne (en 2011).

En outre, une allocation de ménage (*Haushaltungszulage*) de CHF 100 (€ 82) (en 2011) par mois peut être versée aux travailleurs agricoles.

Allocations familiales dans les autres secteurs

L'allocation pour enfant doit s'élever au moins à CHF 200 (€ 163) par mois et par enfant. L'allocation de formation professionnelle doit s'élever au moins à CHF 250 (€ 204) par mois et par enfant (en 2011). Les cantons peuvent prévoir des allocations plus élevées.

Outre les allocations familiales, d'autres prestations peuvent être versées dans certains cantons, telles que les allocations de naissance ou d'adoption.

Modalités d'accès

La demande d'allocations familiales s'effectue auprès de la caisse de compensation cantonale compétente dans le régime agricole et auprès de la caisse d'allocations



familiales compétente dans les autres secteurs. Les décisions des caisses peuvent faire l'objet d'une opposition, puis d'un recours judiciaire.

Vos droits en matière de prestations familiales en cas de déplacement en Europe

Les caractéristiques et les montants des allocations familiales varient considérablement d'un État à l'autre.* Il est donc important que vous sachiez quel est l'État responsable du versement de ces prestations dans votre cas, et quelles sont les conditions d'ouverture des droits. Vous pouvez consulter les grands principes pour connaître la législation compétente à l'adresse:

<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=849&langId=fr>.

Le pays responsable du paiement des prestations familiales doit tenir compte des périodes d'assurance accomplies sous la législation d'un autre pays de l'Union européenne, en Islande, au Liechtenstein, en Norvège ou en Suisse, si cela est nécessaire pour satisfaire les conditions ouvrant droit aux prestations.

Si une famille a droit à des prestations dans plusieurs pays, conformément à leur législation respective, elle percevra, en principe, le montant le plus élevé de prestations prévu sous la législation de l'un de ces pays. En d'autres termes, le traitement réservé à la famille est tel que toutes les personnes concernées sont considérées comme résidant et étant assurées dans l'État où la législation est la plus favorable.

Les prestations familiales ne peuvent être payées deux fois à un même membre d'une famille pour la même période. Il existe des règles de priorité qui prévoient la suspension des prestations d'un pays jusqu'à concurrence du montant des prestations payées par le pays principalement compétent pour leur versement.

Des informations complémentaires sur la coordination des droits en matière de sécurité sociale en cas de déplacement ou de voyage peuvent être consultées à l'adresse <http://ec.europa.eu/social-security-coordination>.

* Certaines prestations spéciales en espèces à caractère non contributif existent exclusivement dans le pays dans lequel le bénéficiaire réside et ne sont donc pas «exportables». Une liste de ces prestations figure à l'annexe II, à la fin de ce guide.



Chapitre X: Chômage

Ouverture des droits

L'assurance-chômage vise à garantir aux personnes assurées une compensation convenable du manque à gagner causé par le chômage (total ou partiel), la réduction de l'horaire de travail, les intempéries et l'insolvabilité de l'employeur. Les mesures relatives au marché du travail en faveur des assurés visent à les protéger contre les risques de chômage, à combattre le chômage existant et à favoriser leur intégration durable et rapide dans le marché du travail.

Sont assurées contre le chômage les personnes affiliées à l'AHV-AVS obligatoire et soumises au paiement de cotisations au titre d'une activité salariée et qui n'ont pas encore atteint l'âge de la retraite. Il n'est pas possible de souscrire une assurance facultative.

L'assuré a droit à une prestation de chômage s'il remplit les conditions suivantes:

- être sans emploi ou partiellement sans emploi;
- avoir subi une perte de travail (avec une perte de salaire) pendant au moins deux jours consécutifs;
- être domicilié en Suisse (des règles spéciales peuvent s'appliquer pour les résidents des États membres de l'UE et de l'EEE);
- avoir achevé sa scolarité obligatoire, ne pas avoir encore atteint l'âge donnant droit à une rente de vieillesse AHV-AVS et ne pas toucher cette rente;
- avoir exercé une activité lucrative pendant 12 mois au moins au cours des deux dernières années précédant son entrée au chômage et son inscription à l'office du travail (les personnes qui n'ont pas pu être sous contrat de travail en raison d'une formation, une maladie, un accident, une détention, etc. sont libérées des conditions relatives à la période de cotisation). Ce délai de deux ans est en général prolongé de deux ans pour l'assuré qui a entrepris une activité indépendante sans l'aide de l'assurance chômage, ou qui s'est consacré à l'éducation de son enfant ou encore qui est devenu chômeur au cours des quatre ans précédant l'âge donnant droit à une rente de vieillesse AHV-AVS et dont le placement est très difficile);
- être prêt et en mesure d'accepter un emploi;
- et se mettre à disposition du service de l'emploi pour placement, satisfaire aux exigences du contrôle et rechercher aussi lui-même du travail.

Couverture de l'assurance

Généralement, l'indemnité de chômage s'élève à 70% du salaire moyen soumis à cotisation des six derniers mois dans la limite du plafond fixé (CHF 10.500 (€ 8.560) par mois en 2011). Les assurés ayant une obligation d'entretien envers des enfants de moins de 25 ans ou dont l'indemnité de chômage n'atteint pas un montant minimum déterminé (CHF 140 (€ 114) en 2011) ou qui sont invalides, touchent 80% de leur dernier salaire soumis à cotisation. Les assurés qui ont des enfants ont également droit aux allocations familiales.

L'indemnité de chômage est versée sous forme d'indemnités journalières, à raison de cinq indemnités par semaine. En règle générale, le droit à l'indemnité commence à courir après un délai d'attente de cinq jours de chômage contrôlé. Dans des circonstances particulières ce délai peut être écourté ou prolongé. Il n'est pas applicable aux assurés dont le salaire assuré ne dépasse pas un certain montant.



Un délai d'attente spécial de 120 jours (en plus des cinq jours standards) est applicable pour les personnes libérées des conditions relatives à la période de cotisation en raison d'une formation, d'une maladie, d'un accident, d'une maternité ou d'une détention. Le délai d'attente général est prolongé de cinq jours pour toute autre personne libérée des conditions relatives à la période de cotisation et d'un jour pour les travailleurs saisonniers, les salariés dont la profession amène à changer fréquemment d'employeur et les personnes sous contrat à durée déterminée.

Les indemnités de chômage peuvent être demandées pour une certaine durée dans un délai de deux ans, à savoir:

- 200 indemnités journalières pour les personnes de moins de 25 ans qui n'ont pas d'obligation d'entretien envers des enfants;
- 260 indemnités journalières pour une période de cotisation de 12 mois au total;
- 400 indemnités journalières pour une période de cotisation de 18 mois au total;
- 520 indemnités journalières à partir de 55 ans si l'assuré justifie d'une période de cotisation de 24 mois au moins;
- 520 indemnités journalières si l'assuré touche une rente d'invalidité correspondant à un taux d'invalidité d'au moins 40% et s'il justifie d'une période de cotisation de 24 mois au moins;
- 90 indemnités journalières pour les personnes libérées des conditions relatives à la période de cotisation.

Les chômeurs âgés qui sont devenus sans emploi au cours des quatre ans précédant l'âge donnant droit à une rente de vieillesse AHV-AVS, et dont le placement est très difficile, ont droit à 120 indemnités journalières supplémentaires.

Si l'assuré appartient à la catégorie des chômeurs difficiles à placer pour des motifs inhérents au marché du travail, il peut participer, avec l'accord de l'Office du travail, à des mesures de formation continue ou de réinsertion tout en continuant de toucher des indemnités journalières.

Le droit à l'indemnité de chômage peut être suspendu pour un certain temps par exemple, si l'assuré donne son congé sans motif valable, qu'il ne fait pas suffisamment d'efforts pour chercher lui-même du travail, qu'il refuse un emploi que lui a assigné l'Office du travail ou qu'il fournit des informations fausses ou incomplètes. Cette suspension peut durer entre un et 60 jours, selon la gravité de la faute.

L'assurance-chômage verse également des prestations en cas de chômage partiel. Elles sont accordées aux personnes à la recherche d'un emploi à temps partiel uniquement ou qui occupent un emploi à temps partiel et souhaitent le remplacer par un emploi à plein temps ou le compléter par un autre emploi à temps partiel. Les salariés qui ont des horaires de travail réduits ou dont l'activité est suspendue, ont droit à une *indemnité en cas de réduction de l'horaire de travail (Kurzarbeitsentschädigung)*. Les salariés travaillant dans des secteurs connaissant des interruptions de travail fréquentes en raison des conditions météorologiques ont droit à une *indemnité en cas d'intempéries (Schlechtwetterentschädigung)*.

Des prestations peuvent également être versées en cas d'insolvabilité de l'employeur au titre de l'assurance chômage, de même que des prestations financières au titre des mesures relatives au marché du travail.



Modalités d'accès

L'assuré est tenu de s'inscrire personnellement et à temps, soit au plus tard dès le premier jour où il entend faire valoir son droit à l'indemnité de chômage - selon le canton - auprès de la commune de son domicile ou de l'Office régional de placement compétent. Le chômeur doit se conformer aux prescriptions de contrôle et participer aux entretiens de conseil des Offices régionaux de placement (ORP) compétents. L'indemnité de chômage est versée par une caisse de chômage choisie librement lors de l'inscription à l'Office du travail. Les chômeurs sont tenus d'accepter tout travail convenable qui leur est proposé.

Vos droits en matière de prestations de chômage en cas de déplacement en Europe

Normalement, l'État membre dans lequel vous travaillez est responsable du paiement des allocations de chômage. Des dispositions spéciales sont applicables aux travailleurs frontaliers qui ont gardé leur lieu de résidence dans un État membre autre que celui dans lequel ils travaillent.

Les périodes d'assurance ou d'emploi accomplies dans d'autres pays de l'Union européenne, en Islande, au Liechtenstein, en Norvège ou en Suisse, peuvent être prises en considération pour satisfaire aux conditions de cotisation.

Si vous voulez chercher un emploi dans un autre État de l'Union européenne, en Islande, au Liechtenstein, en Norvège ou en Suisse, vous avez la possibilité sous certaines conditions d'exporter ces prestations pour une durée limitée.*

Des informations complémentaires sur la coordination des droits en matière de sécurité sociale en cas de déplacement ou de voyage peuvent être consultées à l'adresse <http://ec.europa.eu/social-security-coordination>.

* Certaines prestations spéciales en espèces à caractère non contributif existent exclusivement dans le pays dans lequel le bénéficiaire réside et ne sont donc pas «exportables». Une liste de ces prestations figure à l'annexe II, à la fin de ce guide.



Chapitre XI : Garantie de ressources

Ouverture des droits

La Constitution fédérale (article 12) consacre le droit d'obtenir de l'aide dans des situations de détresse: «Quiconque est dans une situation de détresse et n'est pas en mesure de subvenir à son entretien a le droit d'être aidé et assisté et de recevoir les moyens indispensables pour mener une existence conforme à la dignité humaine.»

En Suisse, l'aide sociale relève à quelques exceptions près de la compétence des cantons, l'exécution en étant généralement déléguée aux communes. L'aide sociale s'appuie donc sur 26 systèmes cantonaux différents. Cependant, la Conférence suisse des institutions d'action sociale (CSIAS), organisme composé notamment de spécialistes et de représentants des services sociaux des cantons et des communes, définit des lignes directrices en matière d'aide sociale à l'intention des autorités sociales des cantons, des communes et des institutions sociales privées. Une majorité des cantons applique ces normes.

De ce fait, il n'existe pas de régime non contributif général au niveau fédéral. Toutefois, des prestations sociales peuvent être accordées à certaines catégories spécifiques de personnes en tant que *prestations complémentaires* (PC) au premier pilier (*Ergänzungsleistungen, EL*). *Les prestations relevant du premier pilier, ainsi que les prestations complémentaires, doivent couvrir de manière appropriée les besoins vitaux des personnes âgées, des personnes handicapées et des survivants.*

Des prestations complémentaires sous conditions de ressources peuvent être versées aux bénéficiaires d'une rente de vieillesse ou de survivants de l'assurance-vieillesse et survivants (AHV-AVS), d'une rente d'invalidité ou d'une allocation pour impotent de l'assurance-invalidité (IV-AI). La nationalité suisse n'est pas exigée mais la résidence permanente en Suisse est quant à elle une condition requise. En outre, les ressortissants étrangers doivent avoir résidé sans interruption en Suisse pendant les dix années (cinq années pour les réfugiés et apatrides) précédant immédiatement la date de la demande de prestations complémentaires.

Couverture de l'assurance

Le montant annuel des prestations complémentaires correspond à l'excédent des dépenses reconnues par rapport aux revenus déterminants. Les dépenses reconnues comprennent le montant destiné à la couverture des besoins vitaux, le loyer et frais accessoires (jusqu'à un certain plafond), les dépenses professionnelles, les frais d'entretien des immeubles et les intérêts hypothécaires, les cotisations aux assurances sociales (pour l'assurance obligatoire des soins: une somme forfaitaire correspondant à la prime cantonale moyenne) et les pensions alimentaires relevant du droit de la famille.

Les dépenses reconnues pour le calcul des prestations complémentaires comprennent un montant destiné à la couverture des besoins vitaux, qui varie en fonction de la composition de la famille, à savoir (tous les chiffres pour 2011):

- CHF 19.050 (€ 15.529) par an, pour une personne seule;
- CHF 28.575 (€ 23.294) par an, pour les couples et partenaires enregistrés;
- CHF 9.945 (€ 8.107) par an, pour chacun des deux premiers enfants;
- CHF 6.630 (€ 5.405) par an, pour chacun des troisième et quatrième enfants;
- CHF 3.315 (€ 2.702) par an, pour chaque enfant à partir du cinquième.



Le montant annuel des prestations complémentaires est calculé comme une prestation différentielle (à savoir dépenses moins revenus). Elles sont versées aussi longtemps que les conditions d'octroi sont remplies.

Selon les normes de la CSIAS, la couverture des besoins de base comprend le forfait pour l'entretien, les frais de logement et les frais médicaux de base.

Modalités d'accès

Les caisses de compensation cantonales déterminent l'ouverture du droit aux prestations complémentaires et réexaminent régulièrement la situation financière du requérant (à savoir les revenus déterminants et les dépenses reconnues), au moins tous les quatre ans.

Les prestations complémentaires indûment touchées (fraude, violation de l'obligation d'information) doivent être remboursées par le bénéficiaire, son représentant légal ou ses héritiers. Est dispensée de remboursement toute personne qui démontre avoir agi de bonne foi et qui serait dans une situation difficile si elle devait s'y plier.

Vos droits en matière de garantie de ressources en cas de déplacement en Europe

Certaines prestations spéciales en espèces à caractère non contributif existent exclusivement dans le pays dans lequel le bénéficiaire réside et ne sont donc pas «exportables». Une liste de ces prestations figure à l'annexe II, à la fin de ce guide.

Les règles de coordination de l'UE s'appliquent seulement à la sécurité sociale, et non aux prestations d'aide sociale.

Des informations complémentaires sur la coordination des droits en matière de sécurité sociale en cas de déplacement ou de voyage peuvent être consultées à l'adresse <http://ec.europa.eu/social-security-coordination>.



Chapitre XII : Soins de longue durée

Ouverture des droits

Il n'existe pas de régime spécial de dépendance en Suisse. Les prestations sont versées par différentes branches de la sécurité sociale.

Les soins de santé sont couverts par l'assurance maladie obligatoire, l'assurance accidents et l'assurance-invalidité (mesures médicales de l'IV-AI).

En outre, une allocation pour impotent peut être versée dans le cadre du régime de pension de base (assurance-vieillesse et survivants (AHV-AVS), assurance-invalidité (IV-AI)) et dans le cadre de l'assurance-accidents. Les bénéficiaires sont les personnes qui ont besoin de façon permanente de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir des actes élémentaires de la vie quotidienne (par exemple, se lever, s'asseoir, se coucher, manger, se vêtir, se dévêtir, faire sa toilette, aller aux toilettes, se déplacer) en raison d'une atteinte à la santé.

On distingue trois degrés d'impotence:

- *impotence grave*: la personne assurée a besoin de l'aide régulière et importante d'autrui pour tous les actes ordinaires de la vie et, en outre, nécessite des soins permanents ou une surveillance personnelle;
- *impotence moyenne*: la personne assurée a besoin de l'aide régulière et importante d'autrui pour accomplir la plupart des actes ordinaires de la vie ou d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et nécessite, en outre, une surveillance personnelle permanente;
- *impotence faible*: la personne assurée a besoin d'une aide régulière et importante pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie ou d'une surveillance personnelle permanente ou qu'elle a besoin en permanence en raison de son atteinte à la santé, de soins particulièrement astreignants; ou en raison d'une grave atteinte aux organes sensoriels ou d'une grave infirmité corporelle, l'assuré ne peut établir des contacts sociaux avec son entourage qu'à l'aide de services considérables et réguliers.

Des frais spéciaux peuvent être remboursés par le régime de prestations complémentaires, lequel prévoit des prestations sous conditions de ressources versées aux personnes âgées, aux personnes handicapées et aux survivants (voir chapitre XI: Garantie de ressources).

Couverture de l'assurance

Prestations en nature

Les traitements à domicile, en ambulatoire ou à l'hôpital sont dispensés dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins (voir [chapitre II](#)), ainsi que celui de l'assurance-invalidité et accidents (voir [chapitre V](#) et [chapitre VIII](#)).

Prestations en espèces

L'allocation pour impotent dépend du degré d'impotence. Dans le cadre du régime d'assurance-invalidité, son montant mensuel en 2011 s'élève à:

- CHF 464 (€ 378) pour une impotence faible;
- CHF 1.160 (€ 946) pour une impotence moyenne;



- CHF 1.856 (€ 1.513) pour une impotence grave.

Ces montants sont réduits de moitié si l'assuré est pris en charge dans une institution. Les mineurs nécessitant des soins intensifs et qui ne vivent pas dans une institution ont droit à un supplément à l'allocation pour impotence. Son montant dépend de l'intensité des soins nécessaires.

Dans le régime d'assurance vieillesse et survivants, l'allocation pour impotent s'élève à CHF 232 (€ 189) par mois (pour une impotence faible), CHF 580 (€ 473) par mois (pour une impotence moyenne) ou CHF 928 (€ 757) par mois (pour une impotence grave).

Dans le cadre de l'assurance accidents, l'allocation pour impotent s'élève par mois à (en 2011):

- CHF 692 (€ 564) pour une impotence faible;
- CHF 1.384 (€ 1.128) pour une impotence moyenne;
- CHF 2.076 (€ 1.692) pour une impotence grave.

Le remboursement des frais spéciaux relatifs à l'aide, les soins et l'assistance dans le cadre du régime de prestations complémentaires au premier pilier est possible jusqu'à un certain montant. Les cantons déterminent les coûts qui sont remboursés.

Modalités d'accès

Le besoin de soins est évalué par le médecin compétent. L'impotence est déterminée par les offices IV-AI (dans l'assurance-vieillesse et survivants et dans l'assurance invalidité) et par les assureurs-accidents (dans l'assurance-accident).

Le degré d'impotence est régulièrement réexaminé.

Vos droits en matière de soins de longue durée en cas de déplacement en Europe

Les prestations de soins de longue durée relèvent également des règles de coordination de la sécurité sociale dans l'UE, au même titre que les prestations de l'assurance maladie. Les prestations en espèces sont payées conformément à la législation de l'État dans lequel vous êtes assuré, quel que soit l'État dans lequel vous résidez ou séjournez.*

Les prestations de soins de longue durée en nature sont fournies conformément à la législation de l'État dans lequel vous résidez ou vous séjournez, comme si vous étiez assuré dans cet État.

Des informations complémentaires sur la coordination des droits en matière de sécurité sociale en cas de déplacement ou de voyage peuvent être consultées à l'adresse <http://ec.europa.eu/social-security-coordination>.

* Certaines prestations spéciales en espèces à caractère non contributif existent exclusivement dans le pays dans lequel le bénéficiaire réside et ne sont donc pas «exportables». Une liste de ces prestations figure à l'annexe II, à la fin de ce guide.



Annexe I: Adresses des institutions et sites internet utiles

De plus amples informations sur les conditions d'ouverture des droits et les prestations individuelles de sécurité sociale en Suisse sont disponibles auprès des organismes publics gérant le système de protection sociale.

Pour les questions en matière de sécurité sociale impliquant plusieurs États membres de l'UE, vous pouvez rechercher les coordonnées des organismes sur le répertoire des institutions de sécurité sociale tenu par la Commission européenne et disponible à l'adresse: <http://ec.europa.eu/social-security-directory>.

Les demandes de renseignements concernant l'incidence des périodes d'assurance accomplies dans plusieurs États membres sur les pensions et autres prestations doivent être adressées à:

Office fédéral de la santé publique

Bundesamt für Gesundheit
Office Fédéral de la Santé Publique
3003 Bern
Tél.: +41 (0)31 322 21 11
Fax: +41 (0)31 322 95 07
www.bag.admin.ch

Secrétariat d'État à l'économie

Staatssekretariat für Wirtschaft
Secrétariat d'État à l'Économie
Effingerstrasse 31
3003 Bern
Tél.: +41 (0)31 322 56 56
Fax +41 (0)31 322 27 49
www.seco.admin.ch

Office fédéral des assurances sociales

Bundesamt für Sozialversicherungen
Office Fédéral des Assurances Sociales
Effingerstrasse 20
3003 Bern
Tél.: +41 (0)31 322 90 11
Fax +41 (0)31 322 78 80
www.bsv.admin.ch

Organismes de liaison

1. Maladie et maternité

Institution commune LAMal
Gemeinsame Einrichtung KVG
Institution commune LAMal
Gibelinstrasse 25
4503 Solothurn
Tél.: +41 (0)32 625 30 30
Fax: +41 (0)32 625 30 90
E-Mail: info@kvg.org
www.kvg.org



2. Vieillesse, survivants et invalidité

- premier pilier

Caisse suisse de compensation
Die Schweizerische Ausgleichskasse
Caisse suisse de compensation
Avenue Edmond-Vaucher 18
Case postale 3100
1211 Genève 2
Tél.: +41 (0)22 795 91 11
Fax: +41 (0)22 795 97 05
www.zas.admin.ch

- deuxième pilier

Fonds de garantie LPP
Sicherheitsfonds BVG
Fonds de garantie LPP
Eigerplatz 2
Case postale 1023
3000 Berne 14
Tél: +41 (0)31 380 79 71
Fax: +41 (0)31 380 79 76
E-Mail: info@sfbvg.ch
www.sfbvg.ch

3. Accidents et maladies professionnelles

Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents
Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents
Fluhmattstrasse 1
6002 Lucerne
Tél. : +41 (0)41 419 51 11
Fax : +41 (0)41 419 58 28
www.suva.ch

4. Allocations familiales

Office fédéral des assurances sociales
Bundesamt für Sozialversicherungen
Office Fédéral des Assurances Sociales
Effingerstrasse 20
3003 Bern
Tél.: +41 (0)31 322 90 11
Fax +41 (0)31 322 78 80
www.bsv.admin.ch

5. Assurance-chômage

Secrétariat d'État à l'économie
Staatssekretariat für Wirtschaft
Secrétariat d'État à l'Économie
Effingerstrasse 31
3003 Bern
Tél.: +41 (0)31 322 56 56
Fax +41 (0)31 322 27 49
www.seco.admin.ch



Annexe II: Prestations spéciales à caractère non contributif

Certaines prestations de sécurité sociale, qualifiées de prestations spéciales en espèces à caractère non contributif², sont fournies exclusivement dans le pays où l'intéressé réside. Par conséquent, il n'est pas possible «d'exporter» ces prestations en espèces lorsque vous vous déplacez dans un autre pays d'Europe, même si vous êtes encore assuré en Suisse.

Les prestations spéciales à caractère non contributif pour la Suisse sont les suivantes:

- Les prestations complémentaires (Loi fédérale sur les prestations complémentaires du 19 mars 1965) et les prestations similaires prévues par les législations cantonales.
- Les rentes pour cas pénibles au titre de l'assurance invalidité (article 28 paragraphe 1bis de la loi fédérale sur l'assurance invalidité du 19 juin 1959, dans sa version révisée du 7 octobre 1994).
- Les prestations non contributives de type mixte en cas de chômage, prévues par les législations cantonales.
- L'allocation pour impotent [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance invalidité (LAI) et loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance vieillesse et survivants (LAVS) dans leurs versions révisées du 8 octobre 1999].

² En annexe X du règlement (CE) n° 883/2004 tel que modifié par le règlement (CE) n° 988/2009. Pour la Suisse en annexe II bis du règlement (CEE) n° 1408/71.