

GUIDE ASSURANCES SOCIALES

UN GUIDE PRATIQUE POUR LES PME

ÉTAT : 1.1.2017

ÉDITÉ PAR L'OFFICE FÉDÉRAL DES ASSURANCES SOCIALES (OFAS)
EN COLLABORATION AVEC L'OFFICE FÉDÉRAL DE LA SANTÉ PUBLIQUE (OFSP)
ET LE SECRÉTARIAT D'ÉTAT À L'ÉCONOMIE (SECO).

Guide assurances sociales

Un guide à l'intention des PME

Edité par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) en collaboration avec l'Office fédéral de la Santé publique (OFSP) et le Secrétariat d'Etat à l'économie (SECO)

Etat au 1^{er} janvier 2017

Table des matières

Aperçu.....	3	Les assurances complémentaires	77
La sécurité sociale en Suisse : les dix lois fédérales	4	Cas concrets	80
Sécurité sociale et conventions collectives de travail	9	Les premiers pas vers l'indépendance	81
Importance des assurances sociales pour les PME	11	L'entreprise engage du personnel	83
Sécurité sociale et conventions internationales .	13	Qui fait quoi et quand ?.....	85
Guide	16	Un employé tombe malade	87
L'assurance-vieillesse et survivants (AVS).....	17	Une employée est enceinte	88
L'assurance-invalidité (AI)	26	Un employé part au service militaire.....	89
Les prestations complémentaires (PC)	31	Un employé est victime d'un accident	90
Les allocations pour perte de gain (APG).....	32	L'entreprise doit réduire ou suspendre le travail	91
L'assurance-chômage (AC).....	37	L'entreprise ne peut pas travailler en raison du mauvais temps.....	93
L'assurance-accidents (AA).....	45	L'entreprise licencie du personnel	95
L'assurance-maladie (AMal).....	51	Les assurances à contracter.....	96
L'assurance militaire (AM)	57	Service	97
La prévoyance professionnelle (2 ^e pilier)	60	Liste des abréviations	98
Le 3 ^e pilier	67	Quelques définitions	100
La protection de la maternité	69		
Les allocations familiales	72		
Dispositions particulières pour les agriculteurs ..	75		

Aperçu

La sécurité sociale en Suisse : les dix lois fédérales

En Suisse, la sécurité sociale constitue un filet aux mailles étroites, qui offre aux personnes qui vivent et qui travaillent dans le pays, ainsi qu'à leurs proches, une protection financière étendue contre les risques qu'elles ne peuvent assumer à titre individuel. Pour les uns, cette protection est trop large et pour les autres, pas assez. C'est pourquoi la poursuite du développement du système d'assurances sociales et son adaptation à de nouvelles exigences constituent toujours un difficile exercice d'arbitrage entre ce qui est souhaitable et ce qui est réalisable. Toujours est-il que le système actuel de sécurité sociale offre une bonne protection en comparaison internationale : qu'un enfant naisse, qu'un accident de travail ou un décès se produise, les assurances sociales versent des prestations substantielles. Voici en quelques mots la teneur des différentes assurances sociales suisses.

L'assurance-vieillesse et survivants (AVS)

L'AVS doit garantir le minimum vital en cas de perte de revenu liée à la vieillesse ou au décès. Elle verse des prestations aux personnes âgées (rente de vieillesse) ou aux survivants (rentes de veuves, de veufs et d'orphelins). Les prestations dépendent du niveau du revenu précédemment obtenu et de la durée des cotisations. En règle générale, toutes les personnes qui sont domiciliées en Suisse ou qui y travaillent sont obligatoirement affiliées à l'AVS. Cette assurance repose sur le principe de la répartition : la génération active finance les rentes des personnes âgées. Il n'y a pas de constitution de capital. Toutes les personnes qui exercent une activité lucrative en Suisse sont tenues de verser des cotisations. Les cotisations des salariés sont payées pour moitié par les employeurs et pour moitié par les employés. Les indépendants assument eux-mêmes l'intégralité de leurs cotisations personnelles, mais bénéficient d'un barème dégressif. Les personnes sans activité lucrative domiciliées en Suisse sont également tenues de payer des cotisations. Celles-ci sont fixées en fonction de leur condition sociale.

L'assurance-invalidité (AI)

L'assurance-invalidité a pour but la réadaptation ou la réinsertion des personnes qui, suite à une maladie, à un accident ou à une infirmité congénitale, sont invalides ou risquent une invalidité. Une rente n'est versée que lorsqu'une réadaptation ou une réinsertion dans la vie active n'est pas possible. Le principe de la réadaptation passe donc clairement avant celui du paiement d'une rente. A cet effet, on dispose d'un large éventail de mesures de réadaptation pour soutenir efficacement les employeurs désireux de participer à l'insertion professionnelle des personnes atteintes dans leur santé. Mentionnons ici les contributions financières lors de mesures de réinsertion, les allocations d'initiation au travail lors d'un placement à l'essai, mais aussi le reclassement, le placement et le coaching. De plus, depuis la 6^e révision de l'AI, les bénéficiaires de

rente qui présentent un potentiel de réadaptation reçoivent un soutien actif pour se préparer au marché primaire de l'emploi et pour se réinsérer dans la vie active. La collaboration des entreprises avec l'AI en matière d'insertion et de réinsertion est développée de manière constante. Ainsi, il est possible d'effectuer un placement sans rapport de travail dans le cadre de la réadaptation de bénéficiaires de rentes. Des mesures visant à réduire les risques pour les entreprises – période de protection et prestation transitoire – ont été introduites. L'assurance est obligatoire et les cotisations sont perçues de la même façon que celles de l'AVS.

Les prestations complémentaires (PC)

Lorsque les rentes AVS/AI ne suffisent pas à couvrir les coûts de la vie, leurs bénéficiaires ont droit à des prestations complémentaires. Toute personne dans le besoin a ainsi légalement droit à une prestation complémentaire. Le besoin doit être établi dans chaque cas. Le montant de la rente est aussi fixé individuellement. L'application de la loi incombe à la Confédération et aux cantons qui remplissent cette tâche en commun. Les prestations complémentaires sont intégralement financées par le budget de l'Etat, car dans ce cas, des cotisations ne peuvent pas être prélevées sur les salaires.

Allocations pour perte de gain (APG)

Cette assurance compense une partie de la perte de gain subie par les personnes qui accomplissent leur service militaire ou servent dans la protection civile. Depuis 2005, elle compense aussi les pertes de revenu liées à la maternité (allocation de maternité). Elle est obligatoire et toutes les personnes qui versent des cotisations AVS/AI y cotisent. Les cotisations sont perçues en même temps et de la même manière que celles de l'AVS.

L'assurance-chômage (AC)

L'assurance-chômage verse des prestations en cas de chômage, de réduction de l'horaire de travail (chômage partiel), d'intempéries ou d'insolvabilité de l'employeur. Elle aide à prévenir et à lutter contre le chômage par le biais de mesures du marché du travail. Pour avoir droit aux prestations, il faut avoir cotisé durant une période minimale ou en être dispensé pour une raison mentionnée dans la loi. L'assurance est obligatoire pour toutes les personnes exerçant une activité lucrative dépendante. Les cotisations sont payées moitié par l'employeur, moitié par les travailleurs. Les indépendants ne peuvent pas s'assurer.

L'assurance-accidents (AA)

Tous les employés sont obligatoirement assurés contre les conséquences des accidents sur la santé, et contre les conséquences économiques et immatérielles de ceux-ci. Est réputée accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou

mentale ou qui entraîne la mort. Sont assurées, d'une part, les prestations en nature (traitement, moyens auxiliaires indispensables, frais de voyage et de transport) et, d'autre part, des prestations en espèces (indemnité journalière, rente d'invalidité, indemnité, indemnité pour atteinte à l'intégrité, allocation pour impotent et rente de survivants). Les primes de l'assurance-accidents obligatoire sont dues par l'employeur. La part afférente à l'assurance des accidents non professionnels (ANP) peut être mise à la charge des travailleurs.

L'assurance-maladie (AMal)

L'assurance-maladie obligatoire prend en charge les coûts des prestations en cas de maladie et de maternité, ainsi que d'accident, pour autant que ceux-ci ne soient pas pris en charge par une assurance-accidents. Les dépenses sont couvertes par des primes et par une participation aux coûts (franchise et quote-part). Des subsides sont versés par la Confédération aux cantons afin de financer les réductions de primes accordées aux assurés de condition économique modeste. L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations relatives au diagnostic et au traitement d'une maladie et de ses séquelles. Certaines prestations sont aussi prises en charge dans le domaine de la prévention (différents vaccins, dépistage du cancer du côlon, mammographie, etc.), en cas d'infirmités congénitales ou de maternité (contrôles, dépistage prénatal, préparation à l'accouchement, accouchement, séjour hospitalier, suivi, conseil en allaitement).

Les employeurs ne participent pas au paiement des primes de l'assurance-maladie obligatoire. L'assurance perte de gain en cas de maladie est facultative et ses coûts sont fonction de l'étendue de la couverture (maladie, maternité, accident). Le paiement de ces primes peut être assuré à parts égales par les employeurs et par les employés.

L'assurance militaire (AM)

L'assurance militaire couvre toutes les personnes qui sont victimes d'un accident ou d'une maladie pendant le service militaire, le service de protection civile ou le service civil. Ses prestations comportent, d'une part, les soins et la couverture des frais (traitement médical, médicaments, moyens auxiliaires, allocations, frais de voyage, etc.) et, d'autre part, des prestations en espèces (indemnité journalière, rente d'invalidité, rente pour atteinte à l'intégrité, etc.). Ces prestations sont financées par la Confédération et les assurés n'ont aucune obligation de verser des primes, à l'exception du personnel militaire.

La prévoyance professionnelle (PP) ou 2^e pilier

La prévoyance professionnelle a pour objectif de permettre aux personnes âgées, aux survivants et aux personnes à l'AI de conserver leur niveau de vie antérieur, en complément de la rente AVS. Les prestations s'ajoutent à celles de l'AVS. L'obligation de s'assurer commence en même temps que les rapports de travail et, au plus tôt, à 17 ans

révolus. Dans un premier temps, les cotisations ne couvrent que les risques de décès et d'invalidité. A partir de 25 ans, l'assuré cotise également au titre de la rente de vieillesse. Toutes les personnes exerçant une activité lucrative dépendante sont soumises à l'obligation de cotiser à partir d'un certain revenu. Les cotisations sont payées moitié par l'employeur, moitié par l'employé.

Les allocations familiales (AF)

La loi fédérale sur les allocations familiales (LAFam), entrée en vigueur en 2009, soumet à un régime fédéral toutes les allocations familiales, et pas seulement celles versées dans l'agriculture. La LAFam prescrit des montants minimaux pour l'allocation pour enfant et l'allocation de formation professionnelle. Les cantons peuvent toutefois verser des montants plus élevés que ceux prévus par la LAFam, ce qui explique les différences subsistant entre cantons. Tous les travailleurs ont droit aux allocations familiales. Les prestations sont presque uniquement financées par les employeurs. Les personnes sans activité lucrative n'ont droit aux allocations que si leur revenu est modeste. Depuis le 1^{er} janvier 2013, les indépendants sont également soumis à la LAFam.

Les allocations familiales pour les agriculteurs indépendants et les travailleurs agricoles sont toujours réglées par la loi fédérale sur les allocations familiales dans l'agriculture (LFA). Il est ainsi possible de favoriser financièrement les personnes travaillant dans l'agriculture qui ont des charges de famille. Les allocations octroyées aux agriculteurs indépendants sont intégralement financées par les pouvoirs publics. Pour celles allouées aux travailleurs agricoles, les employeurs versent une cotisation équivalant à 2 % du salaire, qui couvre à peu près les deux tiers des coûts. Le tiers restant est également à la charge des pouvoirs publics. L'application de la loi est du ressort des caisses cantonales de compensation AVS.

Les prestations en cas de maternité

Depuis 2005, les allocations pour perte de gain versées aux mères sont intégrées dans le régime des APG. Le droit au salaire ne dépend donc plus de la durée des rapports de travail. Les mères qui exercent une activité lucrative touchent, pendant quatorze semaines, 80 % du revenu moyen réalisé avant la naissance, mais au maximum 196 francs par jour. Elles bénéficient en outre d'une protection légale contre le licenciement pendant la grossesse et les seize semaines qui suivent l'accouchement. Par ailleurs, elles ont l'interdiction de travailler pendant les huit semaines qui suivent l'accouchement.

L'aide sociale : il ne s'agit pas d'une assurance

L'aide sociale (appelée autrefois « assistance sociale ») ne compte pas au nombre des assurances sociales. Elle fonctionne selon le principe du besoin et garantit à chacun un minimum vital. L'aide est fournie en particulier lorsque des personnes passent entre les

mailles du filet social. Elle relève pour l'essentiel de la compétence des cantons et tient compte de leurs particularités.

Sécurité sociale et conventions collectives de travail

Employeurs et employés peuvent convenir, dans le cadre de conventions collectives de travail (CCT), de dispositions qui vont au-delà de ce qui est prévu par les différentes assurances sociales. L'impact de ce genre de dispositif varie toutefois, car il existe deux types de CCT bien distincts, la convention « habituelle » et la convention « étendue ».

La CCT « habituelle »

Une convention « habituelle » est contraignante pour les employeurs et les employés qui l'ont signée. Elle l'est aussi pour les employeurs membres d'une association patronale et les salariés membres d'un syndicat dans la mesure où cette association ou ce syndicat ont signé la convention. Afin de simplifier les choses, un employeur peut aussi déclarer qu'une CCT est valable pour l'ensemble de son entreprise, que ses collaborateurs soient ou non affiliés à un syndicat. Un employeur qui n'est pas membre d'une association patronale signataire d'une CCT peut déclarer qu'il s'y soumet. Cette convention s'applique alors à l'ensemble du personnel, et pas seulement aux membres d'un syndicat.

Les CCT « étendues »

A certaines conditions énoncées dans la loi fédérale sur l'extension du champ d'application de la convention collective de travail (LECCCT), les parties à une convention peuvent toutefois demander à l'autorité compétente – fédérale ou cantonale – d'étendre le champ d'application de la convention aux employeurs et aux travailleurs qui, sans être membres de l'association qui l'a conclue, appartiennent à la branche économique ou à la profession visée. La CCT ainsi « étendue » va dès lors s'appliquer à tous les travailleurs et à tous les employeurs de la branche concernée, que ceux-ci soient membres ou non d'un syndicat ou d'une association patronale.

La Direction du travail du Secrétariat d'Etat à l'économie (SECO) tient à jour une liste des conventions ayant fait l'objet d'une telle décision, qui peut être obtenue sur le site Internet du SECO : [www.seco.admin.ch / Travail / Relations du travail / « Conventions collectives de travail – Confédération et Conventions collectives de travail – Cantons.](http://www.seco.admin.ch/Travail/Relations_du_travail/«_Conventions_collectives_de_travail_-_Confédération_et_Conventions_collectives_de_travail_-_Cantons.»)

Quelques exemples...

Des CCT étendues sont en vigueur notamment dans la construction, la coiffure et l'hôtellerie (hôtels, restaurants, cafés). Dans ces conventions, les dispositions concernant les pertes de gain en cas de maladie ou d'accident et la prévoyance professionnelle entre autres vont au-delà de ce qui est prévu par la loi.

Indemnités journalières

La majorité des CCT étendues contiennent une réglementation à ce sujet. En cas de maladie, 80 % du salaire est généralement versé durant 720 jours sur une période de 900 jours, avec des délais d'attente variant selon les CCT (il est par exemple de 1 à 30 jours dans la construction, de 2 jours dans la coiffure et de 60 jours au maximum dans l'hôtellerie).

Maternité

Les dispositions sur la compensation des pertes de gain en cas de maternité sont en vigueur depuis 2005. Les mères qui exercent une activité lucrative reçoivent durant quatorze semaines 80 % du revenu moyen du travail exercé avant l'accouchement, mais pas plus de 196 francs par jour. Les contrats d'assurance perte de gain en cas de maternité conclus par l'employeur ou à titre privé ont cessé de s'appliquer.

Importance des assurances sociales pour les PME

Toutes les assurances sociales n'ont pas la même importance pour les PME. Dans pratiquement tous les domaines des assurances sociales, la situation varie selon qu'une personne est indépendante ou employée.

Ce qui est très important pour toutes les PME, c'est de connaître leurs obligations vis-à-vis des différentes assurances sociales et les droits dont elles peuvent se prévaloir, elles et leurs collaborateurs. Il faut savoir quand il y a obligation de s'assurer et quand l'assurance est facultative.

Le statut des personnes concernées joue un rôle essentiel : s'agit-il d'indépendants qui travaillent à leur compte ou d'employés ? La réponse à cette question a un impact important sur l'affiliation aux différents types d'assurances.

En Suisse, les personnes qui sont engagées dans un rapport de travail bénéficient d'une bonne couverture sociale en cas d'accident, de maladie, de chômage et lorsqu'elles atteignent l'âge de la retraite.

Il en va tout autrement pour les indépendants, qui assument seuls leurs responsabilités.

Le personnel dirigeant des PME court aussi des risques en ce qui concerne les assurances. C'est pourquoi les indépendants doivent être au fait des assurances qu'ils possèdent. Le cas échéant, s'ils ne bénéficient pas de la protection d'une assurance obligatoire, il leur appartient de prendre les mesures individuelles qui s'imposent.

Comment procéder ? Les indépendants doivent s'annoncer à la caisse de compensation compétente pour être assurés à l'AVS, à l'AI et aux APG.

Lorsqu'il y a rapport de travail, ce qui est aussi le cas quand une personne fonde sa propre société anonyme ou sa société à responsabilité limitée, la situation se présente différemment. Dans ce cas, cette personne travaille en tant qu'employée, même si l'entreprise lui appartient en fait. En termes d'assurances sociales, elle exerce une activité lucrative dépendante.

La poursuite du paiement du salaire ou le paiement d'indemnités journalières en cas de maladie (prestations d'assurance) ne sont pas réglés dans le cadre des assurances sociales. Lorsqu'il y a rapport de travail, la loi prescrit la poursuite du paiement du salaire. L'employeur peut se couvrir en concluant pour son personnel une assurance d'indemnités journalières.

	Taux de cotisation			Compétence en matière d'assurance
	Employeurs (sur le salaire brut)	Salariés (sur le salaire brut)	Indépendants (sur le revenu)	
AVS AI APG	5,125 % Frais d'administration : jusqu' à 5 % de la somme des cotisations Obligatoire	5,125 % Pas de frais d'administration Obligatoire	9,65 % (barème dégressif) Frais d'administration : jusqu'à 5 % de la somme des cotisations Obligatoire	Caisses de compensation cantonales ou professionnelles
Allocations familiales	De 0,3 à 3,63 % (les taux de cotisation varient d'un canton à l'autre et d'une CAF à l'autre), obligatoire dans tous les cantons	Seulement dans le canton du VS (0,3%)	De 0,3 à 3,4 % (les taux de cotisation varient d'un canton à l'autre et d'une CAF à l'autre), obligatoire dans tous les cantons, plafond : revenu annuel de 148 200 francs	Caisses de compensation cantonales ou professionnelles
Assurance-chômage	1,1 % jusqu'à 148 200 francs 0,5 % de solidarité perçu sur la tranche de salaire à partir de 148 200 francs	1,1 % jusqu'à 148 200 francs 0,5 % de solidarité perçu sur la tranche de salaire à partir de 148 200 francs	Non assurables	Cotisations : caisses de compensation cantonales ou professionnelles Prestations : caisses AC (publiques ou privées)
Caisse de pensions	De 2 à 8 % du salaire brut (selon l'âge, le salaire et le règlement de prévoyance)	De 2 à 8 % du salaire brut (selon l'âge, le salaire et le règlement de prévoyance)	Facultatif	Institutions de prévoyance collectives, communes ou propres aux entreprises
Accidents professionnels	Prime nette perçue sur le salaire LAA soumis à prime, maximum : 148 200 francs selon la branche et le risque d'exploitation	Pas de cotisation	Facultatif Prime globale pour les accidents professionnels et non professionnels	Suva, assurances privées, caisses publiques d'assurance-accidents ou caisses-maladie
Accidents non professionnels	Facultatif	Prime nette sur le salaire LAA soumis à prime, maximum : 148 200 francs selon la branche et le risque d'exploitation, obligatoire à partir de 8 h/semaine chez le même employeur	Facultatif Prime globale pour les accidents professionnels et non professionnels	Suva, assurances privées, caisses publiques d'assurance-accidents ou caisses-maladie
Assurance-maladie	Assurance de base obligatoire. Les primes dépendent du domicile et de la caisse-maladie choisie ainsi que du choix éventuel d'un modèle spécial. Les assurances complémentaires et l'assurance d'indemnités journalières sont facultatives : les primes dépendent de l'étendue de la couverture			Caisses-maladie

Sécurité sociale et conventions internationales

Vous employez des ressortissants étrangers ou des personnes domiciliées à l'étranger ? Vos employés exercent temporairement leur activité à l'étranger ? Dans quel pays ces personnes doivent-elles cotiser aux assurances sociales ? Quelle assurance fournit des prestations, et celles-ci sont-elles aussi versées à l'étranger ?

Les conventions de sécurité sociale

La Suisse a conclu avec de nombreux Etats des conventions de sécurité sociale qui répondent à ces questions. Les principales conventions et les principales règles en matière d'assujettissement sont exposées ci-dessous.

L'accord avec l'UE sur la libre circulation des personnes et la Convention AELE

En vertu de l'accord sur la libre circulation des personnes (ALCP) conclu entre la Suisse et l'UE, en vigueur depuis 2002, et de la Convention AELE révisée (Islande, Norvège, Liechtenstein), le régime suisse de sécurité sociale est coordonné avec les régimes de ces Etats. L'ALCP s'applique aux ressortissants suisses et des Etats membres de l'Union européenne (UE) ; la Convention AELE révisée aux ressortissants suisses, islandais, norvégiens et liechtensteinois. Le but est de garantir qu'une personne qui change de pays pour son travail ou pour y élire domicile ne soit pas désavantagée. L'ALCP et la Convention AELE reposent sur le principe de l'égalité de traitement : dans l'application de leur législation, tous les Etats concernés doivent traiter les ressortissants des autres Etats membres de la même manière que leurs propres ressortissants.

Pour les personnes qui travaillent simultanément dans plusieurs Etats de l'UE ou de l'AELE (par ex. expéditeurs ou collaborateurs au service externe responsables pour plusieurs pays), seul un Etat est en principe compétent pour l'obligation de cotiser. Des règles détaillées relatives à la coordination de cette obligation entre les Etats membres ont cours au sein du champ d'application de l'ALCP et de la Convention AELE. Les principales sont les suivantes :

Une personne qui a travaillé dans plusieurs Etats touche en principe, lorsqu'elle a atteint l'âge de la retraite ou devient invalide, une rente partielle de chacun de ces Etats. Toutefois, la personne doit avoir payé dans chacun de ces Etats des cotisations pendant une année au moins et avoir accompli les périodes d'assurance minimales imposées par chaque Etat. Les périodes d'assurance accomplies dans les différents Etats sont prises en compte si nécessaire.

Toute personne qui a une couverture d'assurance-maladie dans un de ces Etats a droit, lorsqu'elle habite ou séjourne dans un autre Etat membre de l'UE, de l'AELE ou en Suisse, aux prestations de soins en cas de maladie et d'accidents non professionnels. C'est pourquoi il convient de se munir de la Carte européenne d'assurance-maladie (fournie par l'assureur-maladie) lors de séjours dans des Etats membres de l'UE ou de l'AELE. Les soins sont fournis et pris en charge selon les dispositions de la législation de l'Etat de séjour ou de résidence. Si une personne se rend dans un autre Etat à seule fin d'y recevoir un traitement, les prestations ne sont prises en charge par son assureur-maladie que si celui-ci a donné son accord au préalable. Une personne qui a eu un

accident du travail ou qui souffre d'une maladie professionnelle reçoit les prestations de l'assureur compétent. Les frais sont à la charge de l'assurance-maladie ou accidents compétente.

Les prestations familiales sont coordonnées au sein du champ d'application de l'ALCP et de la Convention AELE. Autrement dit, il est garanti que des prestations ne puissent être ni payées à double, ni refusées au motif de l'éventualité qu'un autre Etat soit tenu à prestations. Au cas où des prestations seraient dues dans plusieurs Etats pour les mêmes membres de la famille et la même période, les règles suivantes s'appliquent : ont la priorité les droits découlant de l'exercice d'une activité lucrative ; viennent ensuite les droits fondés sur une rente et, en troisième lieu, ceux fondés sur le domicile. Si des prestations de plusieurs Etats membres doivent être octroyées pour des motifs identiques, le principal critère secondaire est le domicile de l'enfant. Si la prestation de l'Etat compétent qui vient en premier est inférieure à celle de l'autre Etat, ce dernier paie la différence.

Les conventions avec d'autres Etats

Ces conventions reposent pour l'essentiel sur les mêmes principes que l'accord sur la libre circulation des personnes, mais ne vont pas si loin.

Certaines dispositions de ces conventions (notamment celles relatives à l'assujettissement aux assurances sociales et celles touchant les détachements) s'appliquent aussi aux ressortissants d'Etats tiers. On trouvera de plus amples informations ainsi que la liste des conventions de sécurité sociale sous [www.ofas.admin.ch / Assurances sociales / Assurance sociale internationale / Données de base & conventions / Conventions](http://www.ofas.admin.ch/Assurances_sociales/Assurance_sociale_internationale/Données_de_base_&_conventions/Conventions).

Principales règles en matière d'assujettissement

S'agissant de savoir dans quel pays une personne doit s'affilier aux assurances sociales, on parle, dans le jargon, d'assujettissement. Pour les PME, la question de l'assujettissement se pose au plus tard en cas de projet d'expansion à l'étranger, de détachement de collaborateurs auprès de clients à l'étranger ou encore d'engagement de personnel résidant à l'étranger. Les principales règles sont les suivantes :

En règle générale, le **principe du lieu de travail** s'applique, c'est-à-dire qu'une personne qui n'exerce habituellement son activité lucrative que dans un Etat est soumise au droit des assurances sociales de cet Etat, quels que soient son domicile, sa nationalité ou le siège de l'employeur. Par exemple, un Suisse qui réside en Suisse et qui travaille pour un employeur suisse mais exclusivement en Italie est soumis au droit des assurances sociales italien.

Lorsqu'une entreprise engage des **ressortissants étrangers** soumis aux prescriptions légales suisses, elle les annonce aux mêmes organes que pour les employés suisses.

Les **travailleurs détachés**, c'est-à-dire les personnes qui travaillent temporairement pour leur employeur suisse dans un Etat de l'UE ou de l'AELE, ou dans un Etat contractant, peuvent rester soumis au droit suisse pour cette durée limitée et sont exemptés de l'obligation de cotiser à l'étranger. Il en va de même, à l'inverse, pour les personnes qui sont détachées temporairement en Suisse depuis un Etat de l'UE ou de l'AELE, ou un Etat contractant : elles restent assurées dans leur pays d'origine et sont exemptées de l'obligation de cotiser en Suisse.

La situation des **membres de la famille** qui accompagnent une personne détachée mais **qui n'exercent pas d'activité lucrative** est réglée différemment suivant les conventions. Il est donc recommandé de consulter au besoin la convention applicable.

Les mémentos de l'OFAS donnent des informations détaillées sur le détachement. Ils sont disponibles à l'adresse :

[www.ofas.admin.ch/ Informations aux / Travailleurs détachés](http://www.ofas.admin.ch/Informations%20aux%20Travailleurs%20d%C3%A9tach%C3%A9s)

Renseignements

OFAS / Affaires internationales :

[www.ofas.admin.ch / Assurances sociales / Assurance sociale internationale](http://www.ofas.admin.ch/Assurances%20sociales/Assurance%20sociale%20internationale)

OFSP / Affaires internationales UE/AELE :

[www.ofsp.admin.ch / Thèmes/ Relations internationales / Coopération avec l'UE](http://www.ofsp.admin.ch/Th%C3%A8mes/Relations%20internationales/Coop%C3%A9ration%20avec%20l'UE)

Secrétariat d'Etat à l'économie SECO :

www.seco.admin.ch

Direction des affaires européennes DAE

www.europa.admin.ch

Centre d'information AVS/AI :

www.avs-ai.ch

Guide

L'assurance-vieillesse et survivants (AVS)

L'assurance-vieillesse et survivants (AVS) couvre les besoins vitaux de base en cas de perte du revenu due à la vieillesse de l'assuré ou au décès de la personne assurant le soutien de la famille.

AVS | Les assurés

Sont obligatoirement assurés à l'AVS :

- les femmes et les hommes qui exercent une activité lucrative en Suisse, donc également les frontaliers et les travailleurs étrangers ;
- les personnes qui sont domiciliées en Suisse, donc également les enfants et les personnes n'exerçant pas d'activité lucrative telles que les étudiants, les rentiers, les femmes et les hommes au foyer.

Les personnes de nationalité suisse et les ressortissants d'Etats membres de l'UE ou de l'AELE qui résident hors de Suisse, de l'UE ou de l'AELE peuvent s'assurer à l'AVS/AI à titre facultatif, à condition qu'ils aient été assujettis à l'AVS/AI pendant cinq ans au moins immédiatement avant leur sortie de l'assurance obligatoire. Peuvent également adhérer à l'assurance obligatoire : les personnes travaillant à l'étranger pour un employeur dont le siège se trouve en Suisse, ainsi que les étudiants de moins de 30 ans sans activité lucrative domiciliés à l'étranger pour autant qu'ils ont été affiliés à l'AVS/AI pendant cinq ans au moins immédiatement avant le début de l'activité ou de la formation, ou avant la fin de la durée du détachement.

AVS | Le début et la fin de l'obligation d'assurance et de cotisation

Toutes les personnes exerçant une activité lucrative doivent payer des cotisations à l'AVS.

Exception : les jeunes exerçant une activité lucrative ne paient pas de cotisations jusqu'à la fin de l'année civile au cours de laquelle ils atteignent l'âge de 17 ans. Ainsi, celui qui a eu 17 ans le 17 août 2016 paie des cotisations à l'AVS depuis le 1^{er} janvier 2017. Les membres de la famille qui travaillent dans l'entreprise familiale et qui ne touchent pas de salaire en espèces ne paient de cotisations à l'AVS qu'à partir du 1^{er} janvier de l'année suivant celle au cours de laquelle ils ont atteint l'âge de 20 ans.

L'obligation de payer des cotisations prend fin dès que l'assuré atteint l'âge ordinaire de la retraite et qu'il cesse d'exercer une activité lucrative. Pour les hommes, cet âge est fixé à 65 ans ; pour les femmes, à 64 ans.

Toute personne qui travaille après avoir atteint l'âge de la retraite doit continuer à payer les cotisations à l'AVS/AI/APG, mais non à l'AC. Elle bénéficie toutefois d'une franchise de 16 800 francs par année (ou de 1400 francs par mois).

Les personnes n'exerçant aucune activité lucrative doivent payer des cotisations dès le 1^{er} janvier de l'année suivant celle où elles ont atteint l'âge de 20 ans. Cette obligation dure jusqu'à la fin du mois où elles atteignent l'âge ordinaire de la retraite. Les personnes au bénéfice d'une rente d'invalidité doivent également payer des cotisations à l'AVS.

AVS | Les cotisations en cas d'activité salariée

Les cotisations à l'AVS sont payées pour moitié par l'employeur et pour moitié par le salarié. Les cotisations à l'AI et aux APG sont perçues en même temps que les cotisations à l'AVS. Elles s'élèvent au total à 10,25 % du salaire, indépendamment de leur montant, soit 5,125 % pour chacune des parties (voir l'encadré).

Les cotisations sont calculées d'après le « salaire déterminant ». La loi règle de manière détaillée ce que cette notion recouvre.

Cotisation en pourcentage du salaire

	Cotisation des employeurs	Cotisation des salariés	Total
AVS	4,20 %	4,20 %	8,4 %
AI	0,70 %	0,70 %	1,4 %
APG	0,225 %	0,225 %	0,45 %
Total	5,125 %	5,125 %	10,25 %

Les cotisations à l'assurance-chômage sont payées en même temps que celles à l'AVS/AI/APG. Le montant demandé par la caisse de compensation est donc supérieur aux 10,25 % indiqués ci-dessus.

Salaire déterminant

Les cotisations à l'AVS/AI/APG sont perçues en particulier sur les rémunérations suivantes :

- le salaire au temps, aux pièces (à la tâche) et à la prime, y compris les indemnités pour les heures supplémentaires, le travail de nuit et de remplacement ;
- les allocations de résidence et de renchérissement ;
- les gratifications, les primes de fidélité et au rendement, les participations de collaborateurs ;
- les parts aux bénéficiaires ;
- les pourboires s'ils représentent une part importante du salaire ;
- les prestations en nature régulières (nourriture et logement) ;
- les provisions et les commissions ;
- les tantièmes, les indemnités fixes et les jetons de présence ;
- les indemnités de vacances ou pour jours fériés.

Nourriture et logement dans l'AVS

L'AVS prend en compte les montants ci-dessous lorsque l'employeur assure le logement et la nourriture des salariés :

	Par jour	Par mois
Petit-déjeuner	Fr. 3.50	Fr. 105.–
Repas de midi	Fr. 10.–	Fr. 300.–
Repas du soir	Fr. 8.–	Fr. 240.–

Logement	Fr. 11.50	Fr. 345.–
Logement et nourriture	Fr. 33.–	Fr. 990.–

Salaires des membres de la famille travaillant dans l'exploitation

Les membres de la famille du propriétaire de l'exploitation qui y travaillent se voient appliquer les salaires globaux mensuels suivants (salaire en espèces et en nature) :

Membres de la famille célibataires	Fr. 2070.–
Membres de la famille mariés	Fr. 3060.–
Entretien d'enfants mineurs	Fr. 690.–

Salaires minimales

En principe, la personne concernée est soumise à l'obligation de payer des cotisations à l'AVS pour tout revenu, aussi faible soit-il. Seule exception : lorsqu'une personne exerce une activité pour laquelle le salaire reçu d'un employeur ne dépasse pas 2300 francs par an, les cotisations AVS ne sont perçues que si elle le demande expressément. Pour les personnes employées dans le ménage privé de l'employeur, et pour les personnes actives dans les domaines de l'art ou de la culture, les cotisations sont à verser dans tous les cas, indépendamment de la hauteur du salaire. Font exception les salaires n'excédant pas 750 francs par an versés aux personnes employées dans un ménage privé, jusqu'au 31 décembre suivant leur 25^e anniversaire. Celles-ci peuvent cependant exiger de l'employeur que les cotisations soient versées.

Revenus exonérés de cotisations

A certaines conditions, aucune cotisation n'est due sur les revenus suivants : solde militaire, indemnités de fonction dans la protection civile, argent de poche des personnes astreintes au service civil, solde allouée pour le service public du feu jusqu'à 5000 francs, indemnités analogues dans les cours pour moniteurs et monitrices de jeunes tireurs, prestations d'assurance en cas d'accident, de maladie, d'invalidité, prestations d'aide sociale, allocations familiales accordées conformément aux usages locaux ou professionnels, bourses d'études, prestations des caisses de pension et prestations sociales en cas de licenciement pour cause de fermeture de l'entreprise, de fusion ou de restructuration, pour autant qu'elles ne dépassent pas quatre fois et demi le montant maximal de la rente annuelle de vieillesse, si une liquidation partielle de l'institution de prévoyance ou un licenciement collectif réglé par un plan social a lieu. En revanche, les indemnités journalières de l'assurance-invalidité et de l'assurance militaire, les allocations de chômage, de maternité et pour perte de gain, ainsi que le salaire versé par l'employeur en cas de maladie ou de congé de maternité, sont notamment soumis à l'AVS.

AVS | Les prestations

L'AVS connaît les prestations suivantes :

- la rente de vieillesse (y compris, cas échéant, la rente pour enfant) ;
- l'allocation pour impotent ;

- les moyens auxiliaires ;
- la rente de survivant (veuve, veuf ou orphelin).

Rente de vieillesse

Les personnes qui ont atteint l'âge de la retraite touchent une rente de vieillesse ordinaire. Cet âge est fixé à 65 ans pour les hommes, à 64 ans pour les femmes.

Quel est le montant de la rente ? Le calcul de la rente ordinaire tient compte :

- des années de cotisations ;
- du revenu de l'activité lucrative ;
- des bonifications pour tâches éducatives et pour tâches d'assistance.

Une durée de cotisations complète entraîne le paiement d'une rente complète par l'AVS. Il y a durée complète lorsque les cotisations ont été versées depuis le 1^{er} janvier de l'année qui suit celle où l'assuré atteint l'âge de 20 ans jusqu'à l'ouverture du droit à la rente.

Les assurés qui ont des enfants bénéficient de bonifications pour tâches éducatives. Ceux qui s'occupent de parents en ligne ascendante ou descendante ou de frères et sœurs nécessitant des soins peuvent faire valoir leur droit à des bonifications pour tâches d'assistance. Les revenus que les époux ont réalisés pendant les années de mariage commun sont répartis et attribués pour moitié à chacun d'eux (splitting).

Le montant de la rente dépend également du revenu annuel moyen déterminant qui est calculé à l'aide des annonces de salaire faites aux caisses de compensation. Toutes les cotisations versées aux différentes caisses de compensation ayant tenu un compte sont rassemblées (en effet, chaque changement d'employeur entraîne généralement un changement de caisse de compensation). La somme des revenus est ensuite augmentée d'un facteur dit de revalorisation, calculé en fonction de l'entrée dans l'assurance, qui permet de tenir compte de l'évolution des prix et des salaires. Cette somme de revenus revalorisés est divisée par le nombre d'années et de mois déterminants. Le résultat correspond au revenu annuel moyen. Ce résultat, ainsi que la durée de cotisation, détermine le montant de la rente.

Que faire en cas de lacunes de cotisations ?

Les lacunes de cotisations intervenues par exemple en cas de séjour à l'étranger peuvent être comblées, et cela par la prise en compte des cotisations versées avant le 1^{er} janvier de l'année qui suit celle où l'assuré a atteint l'âge de 20 ans (prise en compte des années de jeunesse), d'années dites d'appoint pour les lacunes survenues avant le 1^{er} janvier 1979, ou des derniers mois de cotisation avant la retraite.

A quelle caisse de compensation faut-il s'adresser ?

A la caisse de compensation auprès de laquelle les cotisations ont été versées par le dernier employeur en date. Pour les indépendants, il s'agit de la caisse où ils se sont acquittés de leurs cotisations. La liste des caisses de compensation suisses, avec leur numéro, figure sur le site www.avs-ai.ch.

Montants minimal et maximal de la rente de vieillesse

Une échelle spéciale des rentes s'applique selon le total des années de cotisation. Plus il y a d'années de cotisation, plus la rente est élevée. A compter du 1^{er} janvier 2015, la rente minimale de vieillesse se monte à 1175 francs, la rente maximale à 2350 francs.

Conventions avec d'autres pays

Les ressortissants des Etats ci-dessous qui ont travaillé en Suisse et payé des cotisations ont droit à des prestations à leur retour dans leur pays :

Allemagne, Autriche, Australie, Belgique, Bulgarie, Canada/Québec, Chili, Chypre, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, Etats-Unis, Finlande, France, Grande-Bretagne, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Israël, Italie, Japon, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Macédoine, Malte, Norvège, Pays-Bas, Philippines, Pologne, Portugal, Saint-Marin, Slovaquie, Slovénie, Suède, Roumanie, République tchèque, Turquie, Etats successeurs de la Yougoslavie (Serbie, Bosnie et Herzégovine, Monténégro).

Les droits aux prestations des ressortissants de ces Etats résultent des différents accords multilatéraux et bilatéraux conclus. Aucune prestation de vieillesse n'est versée aux ressortissants de tous les autres pays qui ne sont pas domiciliés en Suisse. Ils ont toutefois droit au remboursement de leurs cotisations AVS, s'ils ont cotisé pendant une année au moins.

En cas de divorce

En cas de divorce, on applique les mêmes principes que pour les personnes mariées : le revenu pendant les années de mariage est crédité pour moitié à chacun des conjoints.

Une retraite anticipée est-elle possible ?

La retraite à la carte existe depuis 1997. Le versement de la rente peut être anticipé ou ajourné. Si une personne accepte une réduction de 6,8 % par année d'anticipation, elle peut toucher sa rente de vieillesse de un à deux ans avant l'âge de la retraite. L'ajournement de la rente entraîne l'augmentation de son montant.

Rentes de survivants

En cas de décès d'un assuré avant qu'il ait atteint l'âge de la retraite, des rentes de survivants sont versées pour le conjoint ou le partenaire enregistré survivant et pour les enfants. La veuve ou le veuf – ou le partenaire enregistré – n'ont droit à une rente que tant qu'ils ont un enfant de moins de 18 ans.

Une personne divorcée est assimilée à une veuve ou à un veuf :

- si elle a un ou plusieurs enfants et que le mariage dissous par le divorce a duré au moins dix ans ;
- si le mariage a duré au moins dix ans et que le divorce est intervenu après l'âge de 45 ans ;
- si elle a atteint l'âge de 45 ans et que son cadet n'a pas encore 18 ans.

Les veuves sans enfant ont droit à une rente, à condition qu'elles aient 45 ans révolus et aient été mariées pendant au moins cinq ans.

Les rentes d'orphelin sont versées jusqu'à l'âge de 18 ans. Pour les orphelins en formation, la durée de versement peut être prolongée au maximum jusqu'à leurs 25 ans.

AVS | L'application

Les salariés d'une entreprise sont tous assurés à la caisse de compensation AVS à laquelle leur employeur est affilié. Il peut s'agir de la caisse cantonale ou d'une caisse professionnelle. Les associations professionnelles renseignent leurs membres qui créent une entreprise sur l'existence éventuelle d'une caisse de compensation professionnelle. Dès que l'entrepreneur devient membre de l'association, il doit verser les cotisations à la caisse de compensation de cette association.

La caisse de compensation tient un compte individuel pour chacune des personnes assurées, mentionnant la totalité des revenus, les périodes de cotisations et les bonifications. Ces indications servent de base pour le calcul d'une rente de vieillesse, de survivants ou d'invalidité.

L'employeur identifie toute nouvelle personne soumise à cotisations lors de son entrée en service. Il relève le nom, le prénom, la date de naissance et le numéro AVS sur la base de son certificat AVS ou de sa carte d'assurance-maladie. Si une personne n'a pas de numéro d'assuré, l'employeur doit le signaler à la caisse de compensation AVS afin qu'un numéro lui soit attribué et qu'un certificat d'assurance lui soit remis.

Les cotisations AVS sont perçues par les caisses de compensation en même temps que les cotisations à l'AI et aux APG. Comme pour l'AI et les APG, l'entreprise prélève la moitié des cotisations sur le salaire des travailleurs et verse périodiquement cette moitié, avec la sienne, à la caisse de compensation. S'y ajoute encore une contribution pour frais d'administration, qui doit être payée par les employeurs.

Paiement des cotisations

Les cotisations doivent en principe être payées tous les mois. Les employeurs qui comptent peu de collaborateurs peuvent toutefois verser les cotisations tous les trois mois, à condition que le total annuel des salaires ne dépasse pas 200 000 francs. Les employeurs doivent documenter les cotisations déduites du salaire de leurs employés.

Les paiements périodiques sont des acomptes. Le décompte définitif des salaires effectivement payés doit être effectué auprès de la caisse de compensation d'ici au 30 janvier de l'année suivante sous forme d'une déclaration annuelle. Cette procédure ne pose aucun problème lorsque l'effectif du personnel demeure constant. En cas d'augmentation du nombre de collaborateurs toutefois, on court le risque d'un découvert important à la fin de l'année. C'est pourquoi il faut faire savoir en cours d'année à la caisse de compensation que l'acompte trimestriel doit être augmenté. On évitera ainsi que la déclaration annuelle des salaires n'entraîne la réclamation d'un montant important au début de l'année suivante.

Procédure de décompte simplifiée

Depuis 2008, les petites entreprises ayant une masse salariale modeste peuvent appliquer une procédure de décompte simplifiée. L'entreprise s'annonce une seule fois auprès d'une seule caisse de compensation pour toutes les assurances sociales et pour l'impôt à la source. Les cotisations AVS, AI, APG, AC, les allocations familiales et l'impôt à la source sont ainsi déduits en une seule fois de l'ensemble de la masse salariale, pour toute l'année, par le même service. Les conditions sont les suivantes : salaire annuel (sans déduction, le cas échéant, de la franchise pour rentier de 16 800 francs par année) ne dépassant pas 21 150 francs par employé, masse salariale de l'entreprise ne dépassant pas 56 400 francs par an.

Il ne vaut pas la peine de retarder le paiement des cotisations

Les cotisations doivent être payées dans les dix jours suivant l'expiration de la période de paiement. Elles sont réputées payées lorsqu'elles parviennent à la caisse de compensation. Tout paiement en retard entraîne un rappel et des frais auxquels s'ajoute un intérêt moratoire annuel de 5 % sur tous les montants en souffrance. L'intérêt moratoire ne peut pas être mis à la charge des salariés. Cela ne vaut donc pas la peine de repousser le paiement des cotisations.

AVS | Les indépendants

Les assurances sociales considèrent comme personne exerçant une activité lucrative indépendante :

- toute personne qui travaille en son nom propre et à son compte, et
- qui est indépendante dans son travail et assume elle-même le risque économique.

La caisse de compensation examine si la personne concernée a un statut d'indépendant aux yeux de l'AVS. Les critères suivants parlent en faveur d'une activité lucrative indépendante :

- Les indépendants se présentent sous une raison sociale. Ils disposent de leur propre infrastructure et établissent les factures à leur nom, assument le risque d'encaissement et, le cas échéant, effectuent le décompte de la taxe sur la valeur ajoutée.
- Les indépendants assument eux-mêmes le risque économique. Ils décident eux-mêmes de leur organisation, de leur mode de travail et de la remise de travaux à des tiers. De plus, les indépendants travaillent toujours pour plusieurs mandants. Ainsi, un comptable qui ne travaille que pour une seule entreprise n'a pas un statut d'indépendant. De même, un agent n'est pas indépendant s'il travaille dans les locaux du mandant et exclusivement pour cet employeur.

Collaboration avec des indépendants

Quiconque travaille avec des indépendants doit, dans son propre intérêt, s'assurer auprès de la caisse de compensation que la personne concernée est annoncée pour cette activité en qualité de personne exerçant une activité lucrative indépendante du point de vue de l'AVS. Sinon, on court le risque de devoir payer la totalité des cotisations AVS, en plus de la rémunération déjà payée.

Base de calcul des cotisations

Pour les indépendants, le revenu acquis au cours de l'année de cotisation sert de base de calcul pour l'AVS (= revenu communiqué par l'autorité fiscale). La caisse de compensation déduit toutefois les intérêts des capitaux propres investis dans l'entreprise et rajoute les cotisations AVS/AI/APG selon la formule suivante :

$$\frac{\text{Revenu net apuré des intérêts} \times 100}{(100 - \text{taux de cotisation AVS/AI/APG applicable au revenu apuré})}$$

Le montant ainsi obtenu est finalement arrondi au multiple de 100 francs immédiatement inférieur afin d'obtenir le revenu sur la base duquel les cotisations dues vont être calculées.

Exemple : Joëlle R. est propriétaire d'un atelier de couture. Son revenu imposable net est de 58 060 francs. L'assurée a investi 27 000 francs dans son entreprise, en agencements et machines. Sur la base d'un taux d'intérêt de 0,5 % (2015), il en résulte un revenu net apuré des intérêts de 57 925 francs. Les cotisations AVS/AI/APG n'étant pas prises en compte par les impôts, la caisse de compensation rajoute leur montant $[(57\,925 \text{ francs} \times 100) : (100 - 9,65)]$ et arrondit le montant ainsi obtenu au multiple de 100 francs immédiatement inférieur. Elle doit donc payer 6185 fr. 65 à l'AVS.

Le calcul pour Joëlle R.

Revenu net (= revenu communiqué par l'autorité fiscale)	Fr. 58 060.–
- 0,5 % sur les investissements de 27 000 francs	Fr. 135.–
Revenu net apuré des intérêts	Fr. 57 925.–
Revenu net apuré des intérêts duquel les cotisations personnelles AVS/AI/APG ont été rajoutées	Fr. 64 111.–
Base de calcul AVS (montant arrondi au multiple de 100 frs immédiatement inférieur)	Fr. 64 100.–
9,65 % cotisations AVS/AI/APG	Fr. 6185.65

A la différence des salariés, les indépendants doivent payer la totalité de leurs cotisations aux assurances sociales. La cotisation est de 9,65 % du revenu acquis au cours de l'année de cotisation. Pour les revenus inférieurs à 56 400 francs, il y a un barème dégressif de cotisation allant de 9,155 % à 5,196 %. Ces cotisations plus faibles pour les indépendants n'ont pas de conséquences sur les prestations, car c'est bien le revenu qui est assuré.

Cotisations pour les revenus supérieurs à 56 400 francs

AVS : 7,8 %
AI : 1,4 %
APG : 0,45 %
Total : 9,65 %

Pendant l'année de cotisation, les indépendants doivent verser des acomptes de cotisations. Les caisses de compensation fixent définitivement les cotisations et établissent un décompte entre les acomptes de cotisations versés et les cotisations effectivement dues, dès qu'elles reçoivent la communication fiscale. Si l'assuré constate pendant ou après l'année de cotisations que les acomptes de cotisation versés ne correspondent manifestement pas au montant effectivement dû, il doit en faire part sans délai à la caisse de compensation. Des acomptes trop bas peuvent entraîner des intérêts moratoires. De même, celui qui repousse la remise de sa déclaration fiscale risque que la caisse de compensation ne puisse calculer le montant exact des cotisations que des années plus tard.

Cotisations pour les revenus égaux ou inférieurs à 9400 francs

Si un indépendant a perçu un revenu annuel égal ou inférieur à 9400 francs et qu'il établit que la cotisation minimale de 478 francs a déjà été prélevée sur le revenu d'une activité salariée exercée durant la même année, il peut demander que les cotisations dues sur ce revenu soient perçues au taux le plus bas du barème dégressif.

AVS | Les personnes sans activité lucrative

Les personnes n'exerçant pas d'activité lucrative doivent également payer des cotisations à l'AVS/AI/APG. Leur montant dépend de la fortune et/ou du revenu annuel sous forme de rentes. La cotisation minimale est fixée à 478 francs par an.

Mémentos : les caisses de compensation AVS et les offices AI disposent d'un excellent matériel d'information. Ils vous fourniront gratuitement les mémentos traitant les questions qui vous intéressent.

AVS | Adresses

Caisses de compensation cantonales ou professionnelles

Leurs adresses figurent sur Internet à l'adresse : [www.avs-ai.ch / contacts](http://www.avs-ai.ch/contact)

AVS | Dispositions légales

[Loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants \(LAVS\)](#)

[Ordonnance concernant l'assurance-vieillesse et survivants](#)

L'assurance-invalidité (AI)

L'assurance-invalidité est en relation étroite avec l'AVS. Les cotisations à l'AI sont perçues de la même façon que celles à l'AVS. Les prestations comme la rente ou les indemnités journalières sont également versées par les caisses de compensation.

AI | Les assurés et les cotisations

Les personnes obligatoirement assurées, l'obligation de payer des cotisations à l'AI ainsi que la durée de cette obligation font l'objet d'une réglementation analogue à celle de l'AVS (voir p. 15). Les cotisations à l'AI sont perçues en même temps que celles à l'AVS. Les cotisations AI se montent à 1,4 % et sont pour moitié à la charge des employeurs et pour moitié à celle des salariés. Les indépendants assument eux-mêmes l'intégralité de leurs cotisations personnelles, mais bénéficient d'un barème dégressif. Les cotisations des personnes sans activité lucrative sont fixées en fonction de leur condition sociale. Les cotisations AI sont payables en même temps que les cotisations AVS et APG. Les petites entreprises ayant une masse salariale modeste peuvent bénéficier d'une procédure de décompte simplifiée (voir p. 23).

Financement additionnel de l'AI

Du 1^{er} janvier 2011 au 31 décembre 2017, les taux de la TVA sont augmentés en faveur de l'AI. Le taux simple est ainsi passé de 7,6 à 8 %, le taux réduit (biens de première nécessité) de 2,4 à 2,5 % et le taux spécial (hébergement) de 3,6 à 3,8 %. Les nouvelles recettes qui en découlent permettront à l'AI de couvrir temporairement son déficit. Pendant cette période transitoire, les mesures de la 6^e révision de l'AI sont mises en place afin d'équilibrer durablement les comptes de l'assurance.

Depuis le 1^{er} janvier 2011, l'AI dispose par ailleurs d'un Fonds de compensation autonome. Ainsi, l'AI et l'AVS sont désormais financièrement séparées, de sorte que l'AVS n'a plus à jouer le rôle de béquille pour l'AI, comme elle a dû le faire par le passé.

AI | Les prestations

Ont droit aux prestations de l'assurance-invalidité les personnes qui, en raison d'une atteinte à leur santé, présentent une incapacité de gain totale ou partielle, présumée permanente ou de longue durée. Les assurés de moins de 20 ans n'exerçant aucune activité lucrative sont considérés comme invalides si leur atteinte à la santé laisse présumer que leur capacité de gain ultérieure sera réduite, voire inexistante. Peu importe que le handicap résulte d'un accident, d'une maladie ou d'une infirmité congénitale et qu'il soit physique, mental ou psychique.

Avant de verser une rente, l'AI s'efforce de réadapter la personne concernée à la vie active suivant le principe « la réadaptation prime la rente ». Pendant la période de réadaptation, l'AI verse des indemnités journalières. Une rente ne sera versée que si les mesures de réadaptation restent sans succès. Le montant de la rente est calculé selon les mêmes principes que celui de la rente de

vieillesse de l'AVS. Le droit à la rente d'invalidité et son montant dépendent du degré d'invalidité. L'échelle suivante est appliquée :

Invalidité d'au moins 40 %	quart de rente
Invalidité d'au moins 50 %	demi-rente
Invalidité d'au moins 60 %	trois quarts de rente
Invalidité d'au moins 70 %	rente entière

La personne concernée a droit à une rente au plus tôt lorsqu'elle a présenté une incapacité de travail de 40 % en moyenne pendant au moins un an et qu'elle continue de présenter une incapacité de gain au moins dans cette proportion ; la rente AI est versée au plus tôt six mois après le dépôt de la demande de prestations. Elle est remplacée par la rente AVS lorsque la personne atteint l'âge de la retraite. Une rente pour enfant est versée si l'assuré est en charge d'enfants de moins de 18 ans ou en formation, tout au plus jusqu'à l'âge de 25 ans. L'AI verse aussi des allocations pour impotent et finance des moyens auxiliaires. Depuis le 1^{er} janvier 2012, elle fournit également une contribution d'assistance pour aider les assurés à mener une vie autonome et responsable.

AI | L'application

Dans le domaine de l'AI, l'employeur n'a pas d'autre obligation que celle de payer les cotisations. Il est néanmoins autorisé à signaler à l'office AI le cas d'une personne en incapacité de travail, en vue d'éviter, conjointement avec l'AI, que le problème ne devienne chronique et de faciliter un retour rapide de la personne à son poste de travail. L'employeur a un rôle important à jouer pour la réadaptation des bénéficiaires de rente, tant par l'aménagement de places pour des mesures de réinsertion et le placement à l'essai que par l'engagement de personnes qui percevaient une rente AI. La révision 6a réduit fortement les risques d'un tel engagement pour l'employeur.

Si un cas d'invalidité survient, l'assuré doit lui-même faire valoir son droit auprès de l'office AI de son canton de domicile, au moyen du formulaire d'annonce, qui est disponible auprès des offices AI cantonaux et des caisses de compensation. Le versement de la rente est effectué par la caisse de compensation.

Les cotisations AI sont perçues par les caisses de compensation en même temps que les cotisations à l'AVS et au régime des APG. Comme pour l'AVS et les APG, l'entreprise prélève la moitié des cotisations sur le salaire des travailleurs et verse périodiquement cette moitié, avec la sienne, à la caisse de compensation. S'y ajoute encore une contribution pour frais d'administration, qui doit être payée par les employeurs.

AI | L'engagement de personnes atteintes dans leur santé

Les offices AI ne sont pas seulement au service des personnes atteintes dans leur santé, ils visent aussi à collaborer activement avec les entreprises. Toute entreprise qui emploie des personnes atteintes dans leur santé peut s'adresser aux spécialistes de l'AI. Leurs conseils sont notamment utiles dans les cas suivants :

- une personne risque de rester longtemps en incapacité de travail à la suite d'un accident ou en raison d'une maladie, ou ne peut plus poursuivre son activité au sein de l'entreprise ;
- une personne atteinte dans sa santé ou qui touchait une rente AI est engagée et doit être initiée à son travail dans l'entreprise.

Que faire lorsqu'un collaborateur risque de rester longtemps en incapacité de travail pour raisons de santé, ou ne peut plus exercer son activité actuelle ?

La détection précoce des personnes menacées d'invalidité et la prise de mesures préventives à temps sont essentielles en vue d'une réinsertion durable, qui en vaille la peine tant pour l'employeur que pour le collaborateur. Si un collaborateur est en incapacité de travail depuis au moins 30 jours sans interruption ou qu'il s'absente pour raisons de santé à de nombreuses reprises pour de courtes périodes au cours d'une année, l'employeur peut signaler son cas à l'AI dans le cadre de la détection précoce. Il doit au préalable informer l'employé de son intention. Le formulaire ad hoc est disponible auprès des offices AI cantonaux et des caisses de compensation ou sur Internet à l'adresse suivante :

http://formulare.kdmz.zh.ch/kunden/iv_ai/pdf/001.100/001.100_Detection_pre_f_r.pdf.

La communication du cas par l'employeur et la collaboration avec l'office AI n'ont pas d'effet sur les rapports de travail existants (droit de licenciement par ex.).

Lorsque, dans le cadre de la détection précoce, il apparaît qu'une demande de prestations AI est indiquée, une recommandation en ce sens est faite au collaborateur concerné. Une fois cette demande déposée, les spécialistes des offices AI peuvent enclencher rapidement et sans complications administratives les mesures appropriées pour que la personne concernée puisse, selon ses possibilités, conserver le même emploi ou être réinsérée à un autre poste. Ces mesures comprennent des cours de formation, l'adaptation du poste de travail, le coaching de l'employé, etc. L'employeur a un interlocuteur direct à l'office AI, il est tenu au courant et associé activement au processus de réadaptation.

Quel soutien est apporté à l'employeur qui engage une personne atteinte dans sa santé et assure son encadrement ?

Les offices AI conseillent et informent les employeurs sur la réadaptation de personnes atteintes dans leur santé tant pour ce qui est des modalités pratiques que pour les questions liées au droit des assurances sociales.

Pour un poste à pourvoir, de plus en plus de candidats qui auront été longtemps absents du marché de l'emploi se présenteront. De nouvelles offres ont été mises à la disposition des employeurs pour soutenir la réadaptation de ce groupe cible. L'entreprise où sont effectuées les mesures de réinsertion reçoit une contribution financière. Lors d'un placement à l'essai, qui ne constitue pas un rapport de travail, l'employeur a la possibilité d'évaluer la capacité de travail d'une personne durant 180 jours au maximum. En cas d'engagement, suite à un placement fructueux, d'une personne qui percevait préalablement une rente AI, le risque d'augmentation des cotisations à la prévoyance professionnelle et à l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie est réduit. L'assurance verse en effet une indemnité si l'assuré est à nouveau en incapacité de travail

pour raisons de santé dans les trois ans qui suivent l'engagement et que les rapports de travail ont duré plus de trois mois au moment de la nouvelle incapacité de travail.

Lorsqu'un assuré trouve un emploi dans le cadre du placement, mais qu'au début sa performance ne correspond pas au salaire convenu, l'office AI peut verser à l'employeur, durant la phase d'initiation, une allocation d'initiation au travail durant 180 jours au maximum, ce qui réduit le risque financier supporté par l'employeur. L'allocation d'initiation au travail compense la productivité de l'employé qui ne correspond pas (encore) au salaire convenu.

D'autres informations sont consignées dans un mémento publié par l'OFAS, en collaboration avec la Conférence des offices AI, l'Union patronale suisse et l'Union suisse des arts et métiers. Vous y trouverez un aperçu des instruments actuels de l'assurance-invalidité et des détails sur les aides techniques et financières conçues pour les employeurs.

Mémento « Mesures de réadaptation d'ordre professionnel de l'AI » disponible sur le site [www.avs-ai.ch / Mementos / Prestations de l'AI](http://www.avs-ai.ch/Mementos/Prestations_de_l_AI)

Cotisations aux assurances sociales

AVS/AI/APG/AC : toutes les personnes touchant un salaire provenant d'une activité lucrative doivent payer des cotisations. Ainsi, les personnes atteintes dans leur santé exerçant une activité lucrative doivent, elles aussi, payer des cotisations AVS/AI/APG et AC. Ces cotisations sont assumées pour moitié par les employeurs et pour moitié par les salariés.

Assurance d'indemnités journalières en cas de maladie : les personnes atteintes dans leur santé ou en situation de handicap rencontrent souvent des difficultés pour s'assurer individuellement contre la perte de gain due à une maladie. Dans ce cas, une assurance collective d'indemnités journalières conclue par l'entreprise présente des avantages. Si le contrat d'assurance prévoit une limitation de l'obligation de fournir des prestations, il est important d'en informer les collaborateurs.

Assurance-accidents : cette assurance ne connaît pas de limitations pour les personnes atteintes dans leur santé ayant des rapports de travail au sens du CO. Les cotisations habituelles doivent être payées pour l'assurance contre les accidents professionnels et non professionnels par les employeurs et par les collaborateurs atteints dans leur santé.

Prévoyance professionnelle : les personnes atteintes dans leur santé sont en principe soumises à l'obligation d'assurance selon la LPP si leur salaire annuel dépasse le montant minimal du salaire coordonné. Cette règle ne s'applique toutefois pas aux bénéficiaires d'une rente entière de l'AI.

Employeurs désireux d'engager des personnes atteintes dans leur santé

Lorsqu'une entreprise souhaite engager des personnes atteintes dans leur santé, elle examinera les conditions à respecter pour les intégrer dans l'entreprise. Il s'agit notamment des points suivants :

- Les postes où l'on peut facilement garder une vue d'ensemble correspondent mieux aux besoins des personnes avec handicap.

- Les entreprises organisées de manière claire offrent de meilleures conditions-cadre.
- Les unités de gestion et d'exploitation de petite taille, même dans les grandes entreprises, donnent aux personnes atteintes dans leur santé le soutien dont elles ont besoin.
- Le travail à temps partiel répond bien aux besoins spécifiques des personnes avec handicap. Par contre, le travail en équipes et les horaires changeants conviennent mal.
- Les occupations alibis ne contribuent guère à l'objectif de réadaptation, les locaux préservés non plus.
- Une évaluation régulière des performances permet de mieux cadrer les attentes de part et d'autre. Des personnes de contact au sein de l'entreprise, des rapports de confiance entre les personnes atteintes dans leur santé et leur supérieur direct sont utiles et sont de nature à prévenir les conflits.
- Une information ouverte à l'intention des autres collaborateurs leur permet de mieux comprendre les besoins spécifiques des personnes atteintes dans leur santé à leur poste de travail.

Portail d'information pour les employeurs sur la réadaptation professionnelle des personnes atteintes dans leur santé www.compasso.ch

L'Union patronale suisse, diverses organisations actives dans le domaine du handicap, de la santé, des assureurs maladie et accidents ainsi que l'AI ont collaboré au lancement d'un nouveau portail d'information consacré à l'insertion professionnelle des personnes atteintes dans leur santé.

AI | Les indépendants

À la différence des salariés, les indépendants doivent payer eux-mêmes la totalité des cotisations aux assurances sociales, et il en va de même pour les cotisations AI. Les cotisations AVS/AI/APG se monte à 9,65 % du revenu. Les cotisations sur les revenus inférieurs à 56 400 francs sont calculées selon un barème dégressif dont les taux varient de 9,155 à 5,196 %.

AI | Adresses

Offices AI cantonaux

Ils sont situés en général dans le chef-lieu du canton. Les adresses se trouvent sur Internet : [www.avs-ai.ch / Contacts / Offices AI](http://www.avs-ai.ch/Contacts/OfficesAI)

Caisses de compensation cantonales, professionnelles ou fédérale

Leurs adresses figurent sur Internet à l'adresse [www.avs-ai.ch / Contacts](http://www.avs-ai.ch/Contacts)

AI | Dispositions légales

[Loi fédérale sur l'assurance-invalidité \(LAI\)](#)

Les prestations complémentaires (PC)

Lorsque les rentes AVS/AI ne suffisent pas à couvrir les coûts de la vie, leurs bénéficiaires peuvent faire valoir un droit à des prestations complémentaires.

PC | Généralités

En règle générale, une entreprise n'a pas directement affaire avec les prestations complémentaires (PC) à l'AVS et à l'AI. Il est toutefois concevable qu'une personne employée touchant une rente AVS ou AI perçoive également des PC. Pour leur calcul, le revenu de l'activité lucrative, dont est soustraite une franchise, est pris en compte à raison de deux tiers. Les prestations complémentaires sont exemptes d'impôts ou d'autres prélèvements.

PC | Demande

L'assuré doit s'annoncer lui-même auprès d'une agence de la caisse cantonale de compensation de son lieu de domicile (exception : le canton de Zurich où ce sont les agences communales qui sont compétentes ; le canton de Bâle-Ville : Amt für Sozialbeiträge ; le canton de GE : Office cantonal des personnes âgées [OCPA]).

PC | Modification du salaire

Les bénéficiaires de PC doivent annoncer tout changement de salaire à l'organe des PC.

PC | Retraite

Au moment de la perception d'une rente AVS ou AI, les rentiers peuvent calculer eux-mêmes leur droit éventuel aux PC à l'aide d'un schéma. Cette feuille est disponible auprès des caisses de compensation.

PC | Financement

Les PC sont intégralement financées par les pouvoirs publics (Confédération et cantons). Aucune cotisation ne peut être prélevée sur le salaire.

PC | Adresses

Organes cantonaux d'exécution PC

La liste des adresses est disponible sur Internet :

[www.avs-ai.ch / Contacts / Organes d'exécution compétents en matière de PC](http://www.avs-ai.ch/Contacts/Organes_d%27ex%20cution_comp%20tents_en_mati%20re_de_PC)

PC | Dispositions légales

[Loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI \(LPC\)](#)

Les allocations pour perte de gain (APG)

Le régime des allocations pour perte de gain (APG) compense une partie de la perte de gain des personnes qui accomplissent un service militaire, civil ou de protection civile. Le montant de l'allocation pour perte de gain s'élève à 80 % du salaire précédant l'entrée en service. Depuis 2005, les APG compensent par ailleurs les pertes de gain en cas de maternité : les femmes qui exercent une activité lucrative ou qui sont indépendantes ont alors droit à des allocations équivalant à 80 % du revenu moyen du travail qu'elles exerçaient avant l'accouchement (mais 196 francs par jour au maximum).

APG | Les assurés

Tout comme l'assurance-invalidité, les APG sont en relation étroite avec l'AVS. Elles couvrent l'ensemble de la population domiciliée en Suisse (ressortissants d'un pays étrangers inclus), sans tenir compte de la question de savoir si une personne sera ou non en situation d'accomplir un service militaire, civil ou de protection civile en Suisse ou aura l'occasion de faire valoir son droit à une allocation de maternité.

APG | Droit des personnes faisant du service

Ont droit aux allocations pour perte de gain les personnes domiciliées en Suisse ou à l'étranger qui :

- font du service dans l'armée suisse ou dans le service de la Croix-Rouge, pour chaque jour de solde ;
- effectuent un service civil à la place du service militaire, pour chaque jour de service pris en compte ;
- servent dans la protection civile, pour chaque jour de solde ;
- participent aux cours fédéraux ou cantonaux pour moniteurs de Jeunesse et Sport, pour chaque jour de cours ;
- participent aux cours pour moniteurs de jeunes tireurs, pour chaque jour de cours donnant droit à la solde de fonction.

APG | Droit en cas de maternité

En principe, toutes les femmes qui travaillent et en tirent une rémunération ont droit à une allocation de maternité. Pour l'obtenir, elles doivent satisfaire aux conditions suivantes :

- avoir été assurées obligatoirement au sens de la LAVS durant les neuf mois précédant l'accouchement. Les périodes d'assurance effectuées dans un Etat de l'UE ou de l'AELE sont prises en compte sans restriction ;
- avoir, au cours de cette période, exercé une activité lucrative durant cinq mois au moins, indépendamment de leur taux d'occupation ;
- à la date de l'accouchement, bénéficier de rapports de travail valables, exercer une activité indépendante ou travailler dans l'entreprise ou l'exploitation agricole de leur mari contre un

salaires en espèces (il n'est pas nécessaire, en revanche, qu'elles reprennent leur travail après le congé de maternité).

- Les femmes qui ne sont ni salariées ni indépendantes remplissent aussi les conditions lorsqu'elles touchent des indemnités journalières de l'AC, de l'AMal ou de l'AC et que celles-ci sont versées en raison d'une activité lucrative antérieure. Les conditions sont également remplies pour les femmes qui ont droit aux indemnités journalières et ne font pas valoir ce droit.

Les salariées qui ne remplissent pas les conditions du droit à une allocation de maternité continuent d'avoir droit, après l'accouchement, à la poursuite du versement du salaire par l'employeur, conformément au Code des obligations.

APG | Le début et la fin de l'obligation d'assurance

Il en va de même que pour l'AVS/AI : toute personne exerçant une activité lucrative doit verser des cotisations APG. Une exception toutefois : les jeunes exerçant une activité lucrative ne paient pas de cotisation jusqu'à la fin de l'année où ils ont 17 ans. La personne qui a eu 17 ans le 17 août 2015 ne paiera donc des cotisations APG qu'à partir du 1^{er} janvier 2016. Les membres de la famille qui travaillent dans l'exploitation familiale et qui ne touchent pas de salaire en espèces ne doivent pas payer de cotisation APG jusqu'au 31 décembre suivant leur 20^e anniversaire.

L'obligation de payer des cotisations prend fin lorsque la personne a atteint l'âge ordinaire de la retraite et qu'elle a cessé d'exercer une activité lucrative.

Les personnes qui continuent à travailler après avoir atteint l'âge de la retraite doivent continuer de payer des cotisations AVS/AI/APG, mais seulement pour la partie de leur revenu qui dépasse 1400 francs par mois (16 800 francs par année).

Les personnes qui n'exercent pas d'activité lucrative doivent payer des cotisations à partir du 1^{er} janvier de l'année qui suit celle où elles ont atteint l'âge de 20 ans. L'obligation de cotiser dure jusqu'à la fin du mois pendant lequel elles ont atteint l'âge de la retraite. Quiconque touche une rente d'invalidité doit également payer des cotisations APG.

APG | Les cotisations

Les cotisations sont perçues par les caisses de compensation en même temps que celles de l'AVS/AI. Depuis le 1^{er} janvier 2016, les cotisations se montent à 0,45 % du revenu déterminant de l'activité lucrative. Elles sont pour moitié à la charge de l'employeur et pour moitié à celle du salarié (0,225 % chacun). Les indépendants assument eux-mêmes l'intégralité de leurs cotisations personnelles, mais bénéficient d'un barème dégressif. Les cotisations des personnes sans activité lucrative sont fixées en fonction de leur condition sociale. Les cotisations APG sont payables en même temps que les cotisations AVS et AI. Les petites entreprises ayant une masse salariale modeste peuvent bénéficier d'une procédure de décompte simplifiée (voir p. 23).

APG | Les prestations

Pour les personnes faisant du service

Toutes les personnes faisant du service reçoivent une indemnité de base (par ex. 62 francs par jour pour les recrues sans enfants) indépendante de l'état civil et de l'exercice d'une activité lucrative. Elles touchent des allocations pour leurs propres enfants et pour les enfants dont elles assument durablement et gratuitement l'entretien et l'éducation. Une allocation pour frais de garde est versée lorsque la personne ne peut pas accomplir elle-même, en raison du service, ses tâches habituelles et régulières de garde des enfants. Ce sont les frais de garde dûment établis qui sont remboursés, mais au maximum 67 francs par jour. La personne doit faire valoir elle-même son droit à l'allocation pour frais de garde auprès de la caisse de compensation AVS. Les personnes faisant du service qui supportent les coûts d'une entreprise et tirent la plus grande partie de leur revenu d'une activité indépendante touchent une allocation d'exploitation.

Les montants détaillés d'indemnisation se trouvent dans les tables pour la fixation des allocations journalières APG (numéro de commande 318.116 d/f que l'on peut se procurer auprès de la caisse de compensation compétente). Ces tables ne comprennent ni l'allocation d'exploitation de 67 francs par jour ni l'allocation pour frais de garde dont le montant correspond aux frais effectifs, mais à 67 francs par jour au maximum.

Si le revenu déterminant se situe entre deux valeurs d'une table, c'est la valeur supérieure qui servira à fixer l'indemnité journalière.

Prestations en cas de maternité

L'allocation de maternité, versée sous forme d'indemnités journalières, se monte à 80 % du revenu moyen de l'activité exercée avant l'accouchement, mais au maximum à 196 francs par jour. Le montant maximum est atteint avec un revenu mensuel de 7350 francs pour une salariée ou un revenu annuel de 88 200 francs pour une indépendante. Le droit prend effet à la naissance de l'enfant et court automatiquement pendant 98 jours ; une interruption n'est pas possible. Un ajournement n'est possible qu'en cas d'hospitalisation prolongée de l'enfant à la naissance ou peu après. Des informations complémentaires figurent dans le mémento publié par le Centre d'information AVS/AI : [6.02 Allocation de maternité](#).

APG | L'application

Les cotisations APG sont perçues par les caisses de compensation en même temps que les cotisations à l'AVS et à l'AI. Comme pour l'AVS et l'AI, l'entreprise prélève la moitié des cotisations sur le salaire des travailleurs et verse périodiquement cette moitié, avec la sienne, à la caisse de compensation. S'y ajoute encore une contribution pour frais d'administration, qui doit être payée par les employeurs.

Allocations APG

Les allocations pour perte de gain sont versées à la personne faisant du service ou à son employeur si celui-ci continue de verser le salaire pendant le service.

La personne qui fait du service reçoit du comptable de l'unité, à la fin du service ou, pour les services de longue durée, dès le 10^e jour de solde et ensuite généralement à la fin du mois, un questionnaire dans lequel le nombre de jours de service accomplis est attesté. Elle remplit le questionnaire et le transmet à son employeur. Celui-ci atteste le salaire perçu avant l'entrée en service et fait suivre le questionnaire à la caisse de compensation compétente.

Les indépendants et les personnes sans activité lucrative envoient le questionnaire dûment rempli et signé directement à la caisse de compensation compétente. Pour les étudiants, la caisse compétente est toujours la caisse cantonale de compensation du canton du lieu d'études.

Allocation	Minimum francs/jour	Fixe francs/jour	Maximum francs/jour
Allocation de base			
Service normal	62		196*
Service d'avancement = paiement de galons	111		196*
Sous-officiers en service long (après la formation de base commune)	91		196
Recrues sans enfant / par analogie au nombre de jours de service civil		62	
Journées de recrutement		62	
Allocations pour enfants			
Pour chaque enfant		20	
Montant maximal de l'indemnisation totale sans allocation pour frais de garde ni allocation d'exploitation			245
Allocation pour frais de garde		Frais réels	67
Allocation d'exploitation		67	
Allocation de maternité			
Mères salariées ou indépendantes			196
* Le montant maximal est atteint pour un revenu de 7350 francs par mois ou de 88 200 francs par an.			

Perte du questionnaire

En cas de perte du questionnaire, la personne ayant droit à des allocations peut demander un questionnaire de remplacement à la caisse de compensation compétente (en présentant son livret de service).

Feuilles complémentaires au questionnaire APG

Concernant l'allocation pour frais de garde et les allocations en faveur des enfants recueillis, la feuille complémentaire 1 doit être remplie et remise avec le questionnaire.

Les membres de la famille collaborant dans l'exploitation agricole familiale font valoir leur droit à l'allocation d'exploitation au moyen de la feuille complémentaire 2.

L'allocation pour les personnes suivant une formation peut être demandée au moyen du questionnaire et de la feuille complémentaire 3 auprès de la caisse de compensation AVS qui a perçu les dernières cotisations AVS/AI/APG.

Les caisses de compensation fournissent les feuilles complémentaires ; la feuille complémentaire 3 peut également être obtenue auprès des hautes écoles et universités. Des informations complémentaires figurent dans le mémento publié par le Centre d'information AVS/AI : [6.01 Allocations pour perte de gain](#)

APG | Les indépendants

À la différence des salariés, les indépendants doivent payer eux-mêmes la totalité des cotisations aux assurances sociales, et il en va de même pour la cotisation APG. La cotisation AVS/AI/APG se monte à 9,65 % du revenu. Les cotisations sur les revenus inférieurs à 56 400 francs sont calculées selon un barème dégressif dont les taux varient de 9,155 à 5,196 %.

APG | Adresses

Caisses de compensation cantonales, professionnelles ou fédérale

Les adresses de toutes les caisses de compensation figurent sur Internet à l'adresse : [www.avs-ai.ch / Contacts](http://www.avs-ai.ch/Contacts)

APG | Dispositions légales

[Loi sur les allocations pour perte de gain \(LAPG\)](#)

L'assurance-chômage (AC)

L'assurance-chômage verse des prestations en cas de chômage, de réduction de l'horaire de travail (chômage partiel), d'intempéries ou d'insolvabilité de l'employeur. Par ailleurs, l'assurance aide à prévenir et à combattre le chômage par le biais de mesures du marché du travail.

AC | Les assurés

La plupart des personnes qui exercent en Suisse une activité lucrative dépendante sont assurées contre le chômage. L'assurance-chômage procure aux assurés un revenu de substitution approprié en cas de chômage, de réduction de l'horaire de travail (chômage partiel), d'intempéries ou en cas d'insolvabilité de l'employeur. Les assurés bénéficient en même temps de mesures du marché du travail visant à prévenir le chômage. Les personnes exerçant une activité lucrative indépendante ne sont pas assurées contre le chômage.

AC | Le début et la fin de l'obligation d'assurance

Tous les salariés exerçant une activité lucrative en Suisse, ainsi que les personnes travaillant à l'étranger pour des entreprises suisses et dont le salaire est versé en Suisse ont l'obligation de payer des cotisations à l'assurance-chômage (condition : obligation de cotiser à l'AVS). L'obligation de cotiser commence dès le début de l'activité lucrative dépendante, mais au plus tôt le 1^{er} janvier de l'année suivant celle où l'assuré a eu 17 ans. Elle prend fin lorsque cesse l'activité lucrative, mais au plus tard lorsque l'assuré atteint l'âge de la retraite AVS. La personne qui continue à travailler après avoir atteint cet âge n'est plus soumise à l'obligation de cotiser, mais elle ne peut plus non plus recevoir de prestations de l'assurance-chômage.

AC | Les cotisations

Le calcul des cotisations à l'assurance-chômage se base sur le revenu déterminant sur lequel sont aussi prélevées obligatoirement des cotisations AVS/AI/APG. Tout ce qui est considéré comme revenu déterminant dans l'AVS est également déterminant pour l'assurance-chômage. Les petites entreprises ayant une masse salariale modeste peuvent bénéficier d'une procédure de décompte simplifiée (voir p. 23).

Le taux de cotisation à l'assurance-chômage est de 2,2 % jusqu'à un revenu annuel de 148 200 francs. Aucune cotisation n'est en principe prélevée sur la part du salaire qui dépasse 148 200 francs. Mais actuellement, un pour-cent de solidarité supplémentaire est perçu sur cette part. Toutes les cotisations, pour-cent de solidarité compris, sont dues à parts égales par le salarié et son employeur.

AC | Les conditions et les prestations

Il faut remplir un certain nombre de conditions pour avoir droit à des indemnités de chômage.

- La personne doit être au chômage total ou partiel. Toute personne travaillant à temps partiel et recherchant un travail à plein temps ou un autre travail à temps partiel est également considérée comme étant au chômage. En droit de l'assurance-chômage, une personne en recherche d'emploi n'est réputée sans emploi ou partiellement sans emploi qu'à partir du moment où elle s'est annoncée personnellement à sa commune de domicile ou à l'autorité compétente. Le chômage doit durer au moins deux jours ouvrables consécutifs et entraîner une perte de salaire. Celui qui travaille moins, tout en touchant l'intégralité de son salaire antérieur, n'est pas victime d'une perte de travail pouvant être prise en compte.
- Seules les personnes domiciliées en Suisse peuvent faire valoir le droit à l'indemnité de chômage. Les étrangers doivent posséder un permis de séjour ou d'établissement valable. Les assurés domiciliés à l'étranger, mais qui travaillaient en Suisse (frontaliers), touchent des indemnités de chômage dans leur Etat de domicile aux conditions prévues par la législation de cet Etat en la matière.
- Il faut avoir dépassé l'âge scolaire et ne pas avoir atteint l'âge de la retraite AVS ni toucher une rente de vieillesse de l'AVS.
- Il faut avoir cotisé pendant une période minimum : douze mois de cotisations en Suisse au moins doivent être attestés au cours des deux années précédant la première annonce. Les périodes d'assurance accomplies par des ressortissants de l'UE/AELE dans un Etat de l'UE/AELE sont prises en compte (principe de totalisation) si la dernière activité lucrative soumise à cotisation a été exercée en Suisse. La prise en compte de telles périodes vaut aussi pour les frontaliers domiciliés en Suisse, dont la dernière activité lucrative soumise à cotisation n'a pas été exercée en Suisse.
- Si aucun travail soumis à cotisation durant au moins douze mois ne peut être attesté pour des raisons de formation, de maladie, d'accident ou de maternité ou en raison d'un séjour en institution, la personne concernée est assurée sans cotisation, pour autant qu'elle soit domiciliée en Suisse depuis un certain temps. Sont également assurés sans cotisation les ressortissants suisses et les ressortissants de l'UE/AELE titulaires d'un permis d'établissement qui effectuent un séjour de travail de plus d'un an dans un pays non membre de l'UE/AELE. Les séjours de travail de plus d'un an effectués hors de Suisse sont aussi pris en compte pour les titulaires d'un permis d'établissement qui ne sont pas ressortissants de l'UE/AELE.
- Les personnes contraintes d'exercer une activité lucrative dépendante à la suite d'un divorce, d'une séparation, du décès du conjoint ou de la suppression d'une rente AI sont également assurées sans cotisation. Il faut que la personne soit domiciliée en Suisse au moment de la survenance de l'événement et que celui-ci ait eu lieu il y a moins d'un an.
- L'assuré doit être apte à être placé, c'est-à-dire disponible et à même d'entreprendre un travail convenable ou de participer à des mesures de réinsertion. Il doit en principe accepter immédiatement tout travail pouvant raisonnablement lui être assigné.
- Enfin, les prescriptions légales de contrôle doivent être satisfaites, en particulier l'obligation de rechercher du travail. Un travail convenable assigné doit être accepté. De même, les cours de reconversion ou de perfectionnement professionnel assignés doivent être suivis.

Les personnes qui exercent une activité dépendante en qualité d'administrateurs dans une SA ou d'associés (par ex. dans une S. à r. l.), qui ont investi des fonds dans l'entreprise ou qui sont membres des organes dirigeants et qui à ce titre fixent les décisions de l'entreprise ou peuvent les influencer notablement n'ont pas droit aux prestations tant qu'elles n'ont pas rompu tout lien avec la société. Sont également exclus de ce droit les conjoints de ces personnes s'ils travaillent au sein de l'entreprise.

Ces aspects sont réglés en détail dans la loi sur l'assurance-chômage (LACI ; RS 837), l'ordonnance sur l'assurance-chômage (OACI ; RS 837.02) et les directives du SECO, publiées dans le Bulletin LACI IC. Ces documents de même que des brochures d'information à l'attention des chômeurs et des employeurs peuvent être consultés sur le site du SECO www.espace-emploi.ch ou www.pme.admin.ch. Il existe également une jurisprudence abondante du Tribunal fédéral en la matière.

Si le droit aux prestations est reconnu, l'assuré a droit à une indemnité de chômage correspondant à 70 % ou 80 % du salaire assuré. Le nombre d'indemnités journalières dépend de l'âge, de l'existence ou non d'une obligation d'entretien envers des enfants, de la durée de cotisation et de la perception éventuelle d'une rente AI. De 90 à 520 indemnités journalières peuvent être perçues. Par ailleurs, les assurés ont droit à des prestations financières destinées à une reconversion, à un perfectionnement professionnel ou à une réinsertion professionnelle.

Nombre d'indemnités journalières

Durée de cotisation (en mois)	Age / Obligation d'entretien	Conditions	Allocations journalières
12 à 24	Jusqu'à 25 ans sans obligation d'entretien		200
12 à < 18	Dès 25 ans		260 ¹⁾
12 à < 18	Avec obligation d'entretien		260 ¹⁾
18 à 24	Dès 25 ans		400 ¹⁾
18 à 24	Avec obligation d'entretien		400 ¹⁾
22 à 24	Dès 55 ans		520 ¹⁾
22 à 24	Dès 25 ans	Perception d'une rente AI correspondant à un taux d'invalidité d'au moins 40 %	520 ¹⁾
22 à 24	Avec obligation d'entretien	Perception d'une rente AI correspondant à un taux d'invalidité d'au moins 40 %	520 ¹⁾
Exonération de cotisations			90

¹⁾ Les assurés de ces catégories ont droit à 120 indemnités journalières supplémentaires s'ils sont devenus chômeurs au cours des quatre ans qui précèdent l'âge donnant droit à une rente AVS.

Encouragement à la prise d'une activité indépendante

La loi sur l'assurance-chômage encourage également la (re)prise d'une activité indépendante. Celui qui, sans qu'il en soit responsable, devient chômeur, est âgé d'au minimum 20 ans et présente l'ébauche d'un projet économiquement viable et durable d'activité lucrative indépendante peut toucher jusqu'à 90 indemnités journalières afin de se préparer. Ces indemnités journalières sont versées pendant la phase de planification d'un projet d'activité lucrative indépendante. Dès le début de l'activité lucrative indépendante, le droit à des indemnités journalières s'éteint. Celles-ci ne sont versées que pendant la phase de projet.

Insolvabilité de l'employeur

En plus du droit à une indemnité de chômage, la loi sur l'assurance-chômage donne à l'assuré le droit à une indemnité en cas d'insolvabilité de l'employeur. Celle-ci couvre les prétentions de salaire des quatre derniers mois du rapport de travail, à condition qu'une procédure de faillite ait été ouverte contre l'employeur ou qu'une réquisition de saisie ait été déposée contre lui en raison de créances de salaire. Elle couvre également, au plus, les prétentions de salaire des quatre derniers mois du rapport de travail si la procédure de faillite n'a pas été ouverte pour la seule raison qu'aucun créancier n'est prêt à en avancer les coûts au vu du surendettement manifeste de l'employeur. Il en va de même en cas de sursis concordataire ou d'ajournement de la déclaration de faillite par le juge.

Toutes les personnes qui prennent les décisions ou les influencent considérablement en tant qu'actionnaires, qui ont mis des fonds dans l'entreprise ou sont membres des organes dirigeants, ainsi que leurs conjoints qui travaillent dans l'entreprise n'ont pas droit à l'indemnité en cas d'insolvabilité. Si une PME est une personne morale (par ex. SA ou S.à.r.l.), les personnes chargées de sa direction (qui sont néanmoins des salariés du point de vue du droit des assurances sociales) n'ont pas droit à l'indemnité en cas d'insolvabilité tant qu'ils n'ont pas renoncé à cette fonction.

Le travailleur doit déposer sa demande d'indemnité en cas d'insolvabilité à la caisse d'assurance-chômage publique du lieu de l'office des poursuites et faillites compétent. La demande doit être présentée 60 jours au plus tard après la publication de l'ouverture de la faillite dans la Feuille officielle suisse du commerce (FOSC), ou 60 jours au plus tard après l'exécution de la saisie si l'entreprise qui emploie l'assuré n'est pas soumise à la procédure de faillite. Si la procédure de faillite n'a pas été ouverte pour la seule raison qu'aucun créancier n'est prêt à en avancer les coûts au vu du surendettement manifeste de l'employeur, le salarié doit faire valoir son droit à l'indemnité en cas d'insolvabilité au plus tard 60 jours après avoir eu connaissance que le délai imparti pour l'avance des frais de faillite prévue à l'art. 169, al. 2, LP est écoulé sans effet. En cas de sursis concordataire provisoire, le délai pour faire valoir le droit à l'indemnité commence à courir dès la publication de l'octroi du sursis dans la FOSC.

AC | L'application

Les cotisations à l'assurance-chômage sont perçues par les caisses de compensation en même temps que les cotisations à l'AVS/AI/APG. Comme pour l'AVS, l'AI et les APG, l'entreprise prélève la moitié des cotisations sur le salaire des travailleurs et verse périodiquement cette moitié, avec la sienne, à la caisse de compensation.

Si aucune cotisation n'est prélevée ou si les montants prélevés ne sont pas remis à la caisse de compensation, les cotisations seront réclamées après coup et, le cas échéant, l'employeur fera l'objet d'une procédure pénale. Les travailleurs ont, dans ce cas, tout de même droit à une indemnité de chômage. La condition est que l'assuré se soit trouvé dans un rapport de travail rendant l'affiliation à l'assurance obligatoire et non que l'employeur se soit acquitté de ses obligations en payant les cotisations.

Obligations de l'assuré

La personne qui se trouve au chômage doit s'acquitter de diverses obligations. L'obligation de rechercher du travail commence dès qu'elle a connaissance de la fin du rapport de travail, donc également pendant le délai de congé. Pendant toute la durée du chômage, la personne au chômage est soumise à l'obligation d'accepter un travail convenable, soit que celui-ci ait été assigné par l'office régional de placement ORP, soit que la personne au chômage l'ait trouvé elle-même. La prise, durant le chômage, d'un emploi dont la rémunération est inférieure au montant de l'indemnité de chômage donne droit à une compensation. Le salaire versé par l'employeur doit être conforme aux usages professionnels et locaux. Dans le cas contraire, la caisse effectue la compensation à partir du salaire qui devrait normalement être versé à l'assuré (salaire fictif).

L'assuré qui ne remplit pas ses obligations ou qui tombe au chômage par sa propre faute est sanctionné par une diminution de son droit aux prestations. La durée pendant laquelle il ne perçoit pas d'indemnités dépend de la gravité de la faute commise. La violation répétée des obligations imposées par la loi ou le refus d'être placé entraîne la perte de tout droit à l'indemnisation pour cause d'inaptitude au placement. Si l'assuré entreprend une activité lucrative indépendante, il doit en informer la caisse d'assurance-chômage compétente. S'il consacre tout son temps à mettre sur pied sa propre entreprise, il n'est plus réputé apte au placement.

Pour en savoir plus, les mémentos : les caisses d'assurance-chômage, les offices cantonaux du travail et les offices régionaux de placement (ORP) disposent de mémentos et de brochures qui expliquent en détail les droits et les devoirs des assurés dans le domaine de l'assurance-chômage. Ces documents peuvent aussi être consultés en ligne sur le site du SECO : www.espace-emploi.ch.

AC | Points importants pour les PME

Indemnisation en cas de réduction de l'horaire de travail (chômage partiel)

Un droit à indemnisation existe en cas de réduction temporaire de l'horaire de travail dans une entreprise ou en cas de cessation temporaire inévitable de l'activité pour des motifs économiques.

Cette indemnisation vise à compenser l'interruption temporaire du travail et à préserver les places de travail. L'indemnisation en cas de réduction de l'horaire de travail est une alternative aux menaces de licenciement. L'indemnité ne compense pas un manque à gagner, mais la perte de travail concrète des travailleurs. Elle s'élève à 80 % de la perte de gain qui résulte de la perte de travail, l'employeur devant toutefois prendre d'abord à sa charge un certain délai de carence.

Ce qui importe, c'est que l'interruption du travail soit temporaire, donc non permanente, et que l'on puisse présumer que la réduction de l'horaire de travail permettra de préserver les places de travail. De même, la réduction de l'horaire de travail ne doit pas résulter de mesures de réorganisation interne, ni relever des risques normaux d'exploitation ou des fluctuations habituelles de l'activité.

L'indemnité en cas de réduction de l'horaire de travail est versée à l'entreprise, que les personnes assurées aient accompli ou non la durée minimale de cotisations. Une indemnité en cas de réduction de l'horaire de travail est donc versée également à des personnes qui n'ont pas elles-mêmes droit à des indemnités de chômage (par exemple à des frontaliers).

Les personnes dont le contrat de travail a été résilié ou qui n'acceptent pas la réduction du temps de travail n'ont pas droit à des indemnités en cas de réduction de l'horaire de travail, ni les personnes qui ont la qualité d'associés, qui ont investi des fonds dans l'entreprise ou qui sont membres des organes dirigeants susceptibles de prendre des décisions fondamentales pour l'entreprise ou de les influencer notablement. Sont également exclus de ce droit leurs conjoints qui travaillent au sein de l'entreprise. Il n'y a pas non plus de droit à l'indemnité en cas de réduction de l'horaire de travail si cette réduction ne peut être déterminée ou si l'horaire de travail n'est pas suffisamment contrôlable. Il faut donc que l'employeur veille à assurer une saisie quotidienne du temps de travail pour chaque travailleur et la conserve pendant cinq ans.

Délai d'annonce pour l'indemnisation en cas de réduction de l'horaire de travail

L'entreprise qui fait valoir son droit à l'indemnité en cas de réduction de l'horaire de travail doit en règle générale déposer sa demande dix jours au moins avant le début du chômage partiel, par écrit, auprès de l'instance cantonale compétente. Exceptionnellement, ce délai peut être ramené à trois jours lorsque les circonstances n'étaient pas prévisibles. Si l'annonce est faite tardivement, la réduction de l'horaire de travail n'est prise en compte qu'après l'expiration du délai prescrit.

En cas de réponse positive, le paiement est effectué par la caisse d'assurance-chômage que l'entreprise aura choisie. A cette fin, l'employeur doit faire valoir son droit auprès de la caisse de chômage dans un délai de trois mois à compter de l'expiration de la période de décompte correspondante. Les formulaires et les notices d'information nécessaires sont disponibles auprès de la caisse, de même que sur le site du SECO : www.espace-emploi.ch.

Indemnisation en cas d'intempéries

Les indemnités en cas d'intempéries compensent les pertes de gain en cas d'interruption du travail des salariés de certains secteurs économiques due aux conditions météorologiques. Un arrêt de travail est dû aux intempéries lorsque le travail devient techniquement impossible par mauvais

temps, malgré les mesures de protection appropriées, que la poursuite des travaux ne se justifie pas d'un point de vue économique ou qu'elle ne peut être exigée des travailleurs. L'indemnité ne compense pas un manque à gagner, mais la perte de travail concrète des travailleurs. Elle s'élève à 80 % de la perte de gain qui résulte de la perte de travail, l'employeur devant toutefois prendre d'abord à sa charge un certain délai de carence.

L'indemnité en cas d'intempéries peut être versée dans les branches suivantes :

- bâtiment et génie civil, charpenterie, taille de pierre et carrières ;
- extraction de sable et gravier ;
- construction de voies ferrées et de conduites en plein air ;
- aménagements extérieurs (jardins) ;
- sylviculture, pépinières et extraction de tourbe, sauf si ces activités sont des activités accessoires exercées parallèlement à une exploitation agricole ;
- extraction de terre glaise et tuilerie ;
- pêche professionnelle ;
- transports à condition que les véhicules soient utilisés exclusivement pour le transport de matériaux d'excavation et de construction vers ou à partir de chantiers, ou pour le transport de matériaux provenant de lieux d'extraction de sable et de gravier ;
- scierie.

L'indemnité en cas d'intempéries peut également être versée aux exploitations purement viticoles, aux plantations et aux exploitations fruitières ou maraîchères, lorsque les travaux saisonniers ne peuvent pas s'effectuer normalement en raison d'une sécheresse ou de pluies inhabituelles.

Ont droit à ces indemnités tous les travailleurs qui ont l'obligation de cotiser à l'assurance-chômage. Il n'est pas exigé que la durée minimale de cotisation ait été accomplie.

Un droit à indemnisation n'existe pas lorsque la perte de travail n'est due qu'indirectement au mauvais temps, par exemple lorsque des retards dans la construction d'un bâtiment entraînent un report des travaux de peinture. De même, les travailleurs qui effectuent un travail dans l'une des branches concernées, mais qui sont engagés par des entreprises de travail temporaire, n'ont droit à aucune indemnité.

Les personnes qui n'acceptent pas l'interruption du travail n'ont pas droit à des indemnités en cas d'intempéries, ni les personnes qui ont la qualité d'associés, qui ont investi des fonds dans l'entreprise ou qui sont membres des organes dirigeants susceptibles de prendre des décisions fondamentales pour l'entreprise ou de les influencer notablement. Il n'y a pas non plus de droit à l'indemnité en cas d'intempéries si la perte de travail ne peut être déterminée ou si l'horaire de travail n'est pas suffisamment contrôlable. Il faut donc que l'employeur veille à assurer une saisie quotidienne du temps de travail pour chaque travailleur et la conserve pendant cinq ans.

Délai d'annonce en vue d'une indemnisation en cas d'intempéries

La demande d'indemnisation doit être faite au plus tard le 5^e jour du mois civil suivant l'introduction de la réduction du temps de travail, au moyen du formulaire approprié. Si, sans motif excusable,

l'avis est transmis tardivement, le droit à une indemnisation en cas d'intempéries est différé dans une mesure correspondant à la durée du retard.

La demande d'indemnisation en cas d'intempéries doit être remise à l'autorité cantonale. Les indemnités sont payées par la caisse d'assurance-chômage choisie par l'entreprise, l'employeur devant faire valoir son droit auprès de sa caisse de chômage dans un délai de trois mois à compter de l'expiration de la période de décompte correspondante. Les offices cantonaux et les caisses de chômage fournissent les formulaires nécessaires ainsi qu'une brochure d'information sur l'indemnisation en cas d'intempéries.

Personnes exerçant une activité lucrative dépendante, mais n'ayant pas droit à une indemnité de chômage

La personne qui a, par exemple, donné à son entreprise la forme d'une société anonyme (SA) ou d'une société à responsabilité limitée (S.à.r.l.) et qui y travaille est considérée, du point de vue des assurances sociales, comme exerçant une activité lucrative dépendante. Si l'entreprise connaît des difficultés et doit réduire l'horaire de travail, voire mettre son personnel au chômage, il y a lieu de tenir compte des points suivants : tant que l'entreprise n'est pas liquidée et que l'assuré continue à faire partie de ses organes dirigeants (membre du conseil d'administration, sociétaire indéfiniment responsable par exemple), les prescriptions légales ne lui donnent aucun droit à une indemnité en cas de réduction de l'horaire de travail (chômage partiel), à une indemnité en cas de mauvais temps, ni en cas de chômage complet (indemnité de chômage). Le droit à l'indemnité de chômage présuppose que l'entreprise soit liquidée ou que l'assuré n'assume plus aucune responsabilité dirigeante en son sein. Le Tribunal fédéral en a décidé ainsi en diverses occasions.

AC | Adresses

Les caisses de compensation AVS et leurs succursales renseignent sur les cotisations à l'assurance-chômage. Leurs adresses figurent sur Internet à l'adresse : [www.avs-ai.ch / Contacts / Caisses de compensation](http://www.avs-ai.ch/Contacts/Caisses%20de%20compensation)

Les caisses d'assurance-chômage et les autorités compétentes (communes, offices régionaux de placement ORP, autorités cantonales, brochures d'information, conseils – adresses transmises par l'administration cantonale ou les associations professionnelles) renseignent sur toutes les prestations de l'assurance-chômage.
www.espace-emploi.ch/

AC | Dispositions légales

[Loi fédérale sur l'assurance-chômage \(LACI\)](#)

L'assurance-accidents (AA)

Tous les travailleurs sont obligatoirement assurés contre les conséquences des accidents sur la santé, et contre les suites économiques et immatérielles de ceux-ci.

AA | Les assurés

Qui est obligatoirement assuré à l'assurance-accidents ?

Tous les travailleurs occupés en Suisse sont obligatoirement assurés à l'AA. Sont considérées comme salariées les personnes qui exercent une activité lucrative rémunérée selon les critères applicables dans l'AVS. En font également partie :

- les employés de maison ;
- les personnes effectuant des travaux de nettoyage dans les ménages privés ;
- les travailleurs à domicile ;
- les apprentis, les stagiaires, les volontaires et les personnes exerçant une activité auprès d'un employeur afin de se préparer au choix d'une profession ;
- les personnes travaillant dans des écoles de métiers ou dans des ateliers protégés ;
- les personnes payées à la pièce et les représentants de commerce qui ne sont pas indépendants ;
- les salariés travaillant dans l'agriculture ;
- les membres de la famille de l'employeur qui travaillent dans l'entreprise, lorsqu'ils touchent un salaire en espèces et/ou qu'ils versent des cotisations à l'AVS ;
- les retraités (bénéficiaires d'une rente AVS) qui continuent à travailler en qualité de salariés, même sans verser de cotisation à l'AVS ;
- les membres des conseils d'administration, lorsqu'ils exercent une activité dans l'entreprise, pour cette activité ;
- les personnes au chômage qui remplissent les conditions de l'art. 8 LACI.

Qui n'est pas soumis à l'obligation d'assurance LAA ?

Outre les indépendants, ne sont notamment pas assurés à titre obligatoire :

- les membres de la famille qui travaillent dans l'entreprise, mais ne perçoivent pas de salaire en espèces et ne versent pas de cotisations à l'AVS ;
- les membres d'un conseil d'administration pour leur activité au sein de l'entreprise, quand ce n'est pas leur activité principale ;
- dans l'agriculture, les personnes suivantes sont réputées de condition indépendante et ne sont donc pas soumises à l'assurance obligatoire :
 - les parents du chef d'entreprise en ligne ascendante et descendante
 - les gendres et les belles-filles du chef d'entreprise qui reprendront vraisemblablement l'exploitation avec le statut d'exploitant indépendant

- les personnes qui ne sont pas des salariés, comme les femmes et les hommes au foyer, les étudiants, les écoliers et les retraités.

Les salariés travaillant moins de huit heures par semaine auprès d'un employeur sont assurés uniquement contre les accidents professionnels (attention : dans ce cas, ils ne peuvent pas renoncer à la couverture accidents de leur assurance-maladie). Les accidents qui surviennent lorsque la personne se rend au travail sont considérés comme des accidents professionnels.

AA | Le début et la fin de l'obligation d'assurance

Début : l'assurance commence à produire ses effets dès le jour où débute le rapport de travail ou dès que naît le droit au salaire, mais en tout cas dès le moment où le travailleur prend le chemin pour se rendre au travail.

Fin : l'assurance cesse de produire ses effets à la fin du 31^e jour suivant celui où le droit à la moitié au moins du salaire prend fin. L'assurance ne prend donc pas fin lorsque sont versées des indemnités journalières en cas de maladie ou d'accident, ou des allocations de maternité (en vertu de la loi sur les APG ou des dispositions cantonales), se montant à la moitié au moins du salaire et pour lesquelles l'employeur a payé tout ou partie des primes.

Assurance par convention spéciale

La protection d'assurance pour les accidents non professionnels peut être prolongée de six mois au maximum pendant le délai de couverture subséquent de 31 jours (mais pas avec effet rétroactif !), moyennant la conclusion d'une assurance par convention spéciale.

Interruption de l'assurance LAA

L'assurance est suspendue aussi longtemps que l'assuré est couvert par l'assurance militaire ou par une assurance-accidents étrangère obligatoire.

AA | Les cotisations

Les primes de l'assurance des accidents et maladies professionnels sont à la charge de l'employeur. Celles de l'assurance des accidents non professionnels sont à la charge du travailleur, sous réserve de conventions plus favorables au travailleur. L'employeur est débiteur du montant total des primes. Il déduit la part du travailleur du salaire de celui-ci.

On fixe tout d'abord la prime provisoire qui doit être versée par l'employeur. Le décompte de prime définitif pour l'année écoulée est ensuite établi sur la base du décompte annuel des salaires. La nouvelle prime provisoire pour l'année suivante est calculée sur cette même base. Les bénéficiaires d'une allocation de maternité au sens de la loi sur les allocations pour perte de gain (LAPG) sont assurés gratuitement contre les accidents.

Gain assuré LAA

Le gain assuré est le salaire déterminant pour l'AVS jusqu'à un maximum de 148 200 francs par an, ou 406 francs par jour. Sont également compris dans le revenu assuré les salaires sur lesquels

l'assuré ne paie aucune cotisation AVS en raison de son âge, ainsi que les allocations familiales versées à titre d'allocation pour enfant, d'allocation de formation professionnelle ou d'allocation de ménage. Toutes les modifications des salaires soumis à l'AVS sont annoncées en même temps lors de la déclaration annuelle des salaires (l'employeur a l'obligation de conserver pendant cinq ans les certificats de salaire ainsi que toutes les autres pièces justificatives).

Les petites entreprises ayant une masse salariale modeste peuvent bénéficier d'une procédure de décompte simplifiée (voir p. 23).

AA | Les prestations

Les assurés ont droit aux prestations de l'assurance-accidents obligatoire lorsqu'ils sont victimes :

- d'accidents professionnels,
- d'accidents non professionnels ou
- de maladies professionnelles.

Prestations pour soins et remboursement de frais

Traitement médical

Les frais suivants sont pris en charge :

- le traitement ambulatoire dispensé par le médecin, le dentiste ou, sur leur indication, par le personnel paramédical ainsi que par le chiropraticien ;
- les médicaments et analyses prescrits par le médecin ou le dentiste ;
- le traitement, la nourriture et le logement en salle commune dans un hôpital ;
- les cures complémentaires et les cures thermales prescrites par le médecin ;
- les moyens et appareils utiles à la guérison.

Les frais de traitement médical à l'étranger (en principe au maximum le double des coûts qui auraient été occasionnés en Suisse), des soins à domicile prescrits par un médecin (dispensés par une personne autorisée à fournir des soins à domicile), ainsi que des moyens auxiliaires, sont pris en charge par l'assureur. Sont également remboursés les frais pour les dommages matériels, les frais de voyage, de transport et de sauvetage, de transport du corps et les frais d'enterrement (informations détaillées auprès des assureurs).

Indemnité journalière LAA

Si l'assuré est totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite de l'accident, il a droit à une indemnité journalière. Le droit naît le 3^e jour qui suit celui de l'accident, et l'indemnité est versée pour chaque jour civil. En cas d'incapacité totale de travail, elle se monte à 80 % du gain assuré. Elle est réduite en proportion en cas d'incapacité de travail partielle.

Rente d'invalidité LAA

Si l'assuré devient invalide à la suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. En cas d'invalidité totale, celle-ci se monte à 80 % du gain assuré et elle est réduite en proportion en cas d'invalidité partielle. Si l'assuré a droit à une rente de l'AI ou de l'AVS, l'assurance-accidents lui

versera une rente complémentaire. Lorsqu'un assuré au bénéfice d'une rente d'invalidité atteint l'âge ordinaire de la retraite, ladite rente est réduite, pour chaque année entière comprise entre le jour où il a eu 45 ans et le jour où l'accident est survenu.

Réductions de l'indemnité journalière et de la rente LAA

Si l'assuré a provoqué l'accident par une négligence grave, les indemnités journalières ne sont réduites que dans l'assurance des accidents non professionnels, et ce pendant les deux premières années qui suivent l'accident. Il n'y a par contre pas de réduction en cas d'accident causé par une négligence grave dans l'assurance des accidents professionnels.

Indemnité pour atteinte à l'intégrité LAA

Si, par suite d'un accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité, sous la forme d'une prestation en capital.

Allocation pour impotent LAA

Si, en raison de son invalidité, l'assuré a besoin de façon permanente de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir les actes élémentaires de la vie quotidienne, il a droit à une allocation pour impotent. Celle-ci est versée mensuellement.

Rentes de survivants LAA

Lorsque l'assuré décède des suites d'un accident, ses enfants et, à certaines conditions, le conjoint survivant ont droit à des rentes de survivants. Si les survivants ont droit à une rente de l'AI ou de l'AVS, l'assurance-accidents leur alloue une rente complémentaire.

AA | L'application

L'assurance-accidents obligatoire doit être contractée par l'employeur pour ses collaborateurs. L'assurance obligatoire comme l'assurance facultative selon la loi fédérale sur l'assurance-accidents sont gérées par les organes suivants :

- la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) pour les entreprises qui lui sont soumises¹ ;
- les compagnies d'assurance privées ;
- les caisses-maladie au sens de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) ;
- les caisses publiques d'assurance-accidents.

¹ La loi fédérale sur l'assurance-accidents énumère les entreprises et administrations qui sont obligatoirement assurées auprès de la CNA. La délimitation entre les entreprises soumises à la CNA et les autres n'est pas toujours évidente. Les employeurs seront bien avisés de se renseigner à temps pour savoir s'ils sont ou non affiliés à la CNA.

Que faire si un collaborateur est victime d'un accident ?

L'employeur doit annoncer immédiatement l'accident à l'assureur compétent. Il y a deux types d'accidents : les accidents avec incapacité de travail (annonce de l'accident à l'aide du formulaire blanc « Déclaration d'accident LAA ») et les accidents sans incapacité de travail (annonce de l'accident à l'aide du formulaire vert « Déclaration d'accident-bagatelle LAA »).

Conséquences d'une incapacité de travail totale :

- 80 % du gain assuré de la personne accidentée sont versés par l'assureur LAA. Ce montant n'est pas soumis à déclaration AVS ;
- l'employeur doit remettre au moins ces 80 % à la personne accidentée à titre de salaire.

Obligation de s'annoncer en cas de reprise d'une entreprise

Si une entreprise change de propriétaire, le nouveau propriétaire doit annoncer la reprise à l'ancien assureur dans un délai de quatorze jours.

AA | Les indépendants

Assurance LAA facultative

Les indépendants domiciliés en Suisse peuvent s'assurer à titre facultatif pour un salaire annuel d'au moins 66 690 francs. Ils peuvent aussi assurer leurs collaborateurs qui ne le sont pas à titre obligatoire et les membres de leur famille pour un salaire annuel minimum de 44 460 francs. Les indépendants qui sont citoyens d'un Etat membre de l'UE ou de l'AELE et qui sont domiciliés dans l'un de ces Etats peuvent aussi s'assurer à titre facultatif à certaines conditions. Le gain assuré maximal s'élève également à 148 200 francs dans l'assurance facultative. L'assureur compétent pour les indépendants est celui de leur personnel.

Lors de la création d'une entreprise, il faut être attentif aux points suivants :

- déterminer l'assureur compétent (compagnie d'assurance privée, caisse-maladie ou Suva) ;
- conclure un contrat ou informer la Suva avant le début des activités de l'entreprise.

AA | Adresses

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

Fluhmattstrasse 1, case postale, 6002 Lucerne

Tél. 041 419 51 11, fax 041 419 59 17 (pour les commandes)

www.suva.ch

Plus de 20 agences de la Suva, situées dans toutes les grandes villes de Suisse, fournissent également des renseignements : Tél. 0848 820 820, fax 0848 820 821, info@suva.ch

Office fédéral de la santé publique

Assurance-accidents, 3003 Berne, [www.ofsp.admin.ch / Thèmes / Assurance-accidents](http://www.ofsp.admin.ch/Thèmes/Assurance-accidents)

(autorité de surveillance de l'assurance-maladie et accidents)

Association suisse d'assurances (ASA)

Branches assurance-maladie et assurance-accidents

C.F. Meyer-Strasse 14, case postale 4288, 8022 Zurich

Tél. 044 208 28 28, fax 044 208 28 00, info@svv.ch

(renseignements généraux, listes d'adresses)

AA | Dispositions légales

[Loi fédérale sur l'assurance-accidents \(LAA\)](#)

L'assurance-maladie (AMal)

Toutes les personnes domiciliées en Suisse doivent être affiliées à l'assurance obligatoire des soins selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). Les employeurs sont tenus d'informer leurs salariés de cette obligation. Les personnes domiciliées en Suisse s'annoncent auprès d'un assureur-maladie et paient elles-mêmes les primes.

Les employeurs peuvent prendre en charge les primes d'assurance-maladie à titre facultatif ou verser une contribution. Les contrats ou conventions de travail règlent le mode de décompte dans ces cas. Ces montants doivent être inscrits aussi bien sur les fiches de salaire que sur les certificats annuels de salaire.

Depuis l'introduction de la LAMal, il n'y a plus de contrats d'assurance collective à primes réduites pour l'assurance obligatoire des soins. Dans le domaine des assurances complémentaires, les contrats collectifs avec un rabais de primes sont cependant toujours autorisés.

AMal | Les personnes soumises à l'obligation de s'assurer

Toute personne domiciliée ou exerçant une activité lucrative en Suisse est en règle générale tenue de s'assurer en Suisse pour les soins en cas de maladie. Chaque membre de la famille doit être assuré individuellement. Les parents doivent assurer leurs enfants dans les trois mois qui suivent leur naissance. Le choix entre les assureurs exerçant leur activité au lieu de domicile est libre.

L'obligation de s'assurer s'étend notamment aux travailleurs étrangers qui exercent une activité salariée et dont l'autorisation de séjour est valable pour moins de trois mois, s'ils ne disposent pas d'une couverture d'assurance équivalente pour les traitements en Suisse. La règle s'applique aussi aux personnes qui exercent une activité lucrative en Suisse durant trois mois au maximum et qui, en vertu de l'accord sur la libre circulation des personnes ou de la Convention AELE, n'ont pas besoin d'une autorisation de séjour pour cette période.

Il y a un certain nombre d'exceptions à l'obligation de s'assurer qui sont détaillées sur le site de l'Office fédéral de la santé publique [www.ofsp.admin.ch / Assurance-maladie / Assurés domiciliés à l'étranger / Obligation de s'assurer](http://www.ofsp.admin.ch/Assurance-maladie/Assurés_domiciliés_à_l'étranger/Obligation_de_s'assurer)

Ce sont les organes désignés par les cantons qui sont compétents pour libérer de cette obligation. Les coordonnées des organes cantonaux peuvent être téléchargées à la même adresse.

AMal | Le début et la fin de la couverture d'assurance

Lorsque l'affiliation a lieu dans les délais prévus (trois mois), l'assurance prend effet dès la naissance ou la prise de domicile en Suisse ou, pour les personnes qui ne sont pas domiciliées en Suisse, au moment de leur annonce au service compétent pour le contrôle des habitants ou lorsque commence leur activité lucrative dans le pays.

L'assurance prend fin quand l'assuré n'est plus soumis à l'obligation de s'assurer (exemples : départ de Suisse annoncé et définitif, cessation de l'activité lucrative, décès).

AMal | Les primes

Le montant des cotisations (primes) diffère suivant l'assureur et la région.

Les primes pour adultes (à partir de 26 ans), pour jeunes adultes (de 19 à 25 ans) et pour enfants (de 0 à 18 ans) sont les mêmes auprès du même assureur, au même domicile (région de primes) et pour la même forme d'assurance. Les jeunes de 19 à 25 ans paient une prime réduite chez bon nombre d'assureurs. Les enfants jusqu'à l'âge de 18 ans paient une prime beaucoup moins élevée.

Les personnes de condition économique modeste ont droit à une réduction de leur prime, accordée par les pouvoirs publics sous forme de subsides. Ce sont les cantons qui définissent les catégories de bénéficiaires, le montant des subsides et la procédure (d'autres moyens de réduire les primes figurent dans l'encadré). Ils paient les subsides de réduction des primes des ayants droit directement à l'assureur.

Réduction des primes

Il y a différents moyens de réduire les primes :

- Choisir un assureur moins cher (l'OFSP fournit gratuitement un aperçu des primes, également sur Internet : www.priminfo.ch)
- Choisir une franchise plus élevée :

Adultes	Enfants jusqu'à 18 ans
500 francs	100 francs
1000 francs	200 francs
1500 francs	300 francs
2000 francs	400 francs
2500 francs	500 francs
	600 francs

- Restreindre le choix du médecin et de l'hôpital (exemple : modèle du médecin de famille, modèle HMO)
- Choisir une forme particulière d'assurance avec consultation préalable par téléphone
- Conclure une assurance avec bonus

Si l'assuré ne paie pas les primes ou les participations aux coûts échues, l'assureur doit lui notifier, après au moins un rappel écrit, un commandement de payer qui lui accorde un délai supplémentaire de 30 jours, et le rendre attentif aux conséquences des retards de paiement. Si, malgré la sommation écrite, l'assuré ne paie pas les primes, les participations aux coûts et les intérêts moratoires dans le délai imparti, l'assureur doit engager des poursuites. Le canton prend en charge 85 % des créances qui ont conduit à la délivrance d'un acte de défaut de biens. Les cantons peuvent tenir une liste des assurés qui ne s'acquittent pas de leur obligation de cotiser malgré les poursuites, pour autant que cela soit prévu dans leur législation. Sur annonce du

canton, l'assureur suspend la prise en charge des coûts des prestations pour ces assurés jusqu'au remboursement des créances non recouvrées, à l'exception des traitements en cas d'urgence, et informe l'autorité cantonale compétente de la suspension de sa prise en charge et, lorsque les assurés ont acquitté leurs créances, de l'annulation de cette suspension.

AMal | Les prestations

Une assurance de base complète

Les assureurs-maladie garantissent à l'ensemble de la population la couverture nécessaire dans les cas suivants :

- maladie ;
- accident (en l'absence de toute autre couverture en cas d'accidents) ;
- maternité (examens de contrôles pendant la grossesse et après l'accouchement, cours de préparation à l'accouchement, accouchement, conseils en cas d'allaitement, soins et séjour du nouveau-né en bonne santé.

L'obligation légale couvre pour l'essentiel la totalité des traitements ambulatoires effectués par les médecins, les chiropraticiens et les personnes fournissant des prestations sur prescription médicale (physiothérapeutes, ergothérapeutes, etc.), ainsi que les médicaments et les analyses sur ordonnance, le séjour en division commune des hôpitaux figurant sur la liste du canton de résidence ou celle du canton où se situe l'hôpital. Si un traitement est dispensé dans un hôpital qui ne figure pas sur la liste du canton de résidence, son remboursement est pris en charge au maximum à concurrence du tarif appliqué dans un hôpital répertorié dans le canton de résidence, à moins que ce traitement ne soit dispensé à l'extérieur pour des raisons médicales ou en cas d'urgence.

Ces prestations sont également allouées en cas d'accident (à titre subsidiaire) et en cas de maternité.

L'assurance de base comprend également des contributions aux examens, aux traitements et aux soins fournis à domicile (par un service d'aide et de soins à domicile ou un/e infirmier/ère prodiguant des soins) ou dans un établissement médico-social, aux mesures de réhabilitation médicale et à diverses mesures de prévention médicale, ainsi qu'aux cures balnéaires et aux frais de transport et de sauvetage. Elle ne prend en charge les frais des soins dentaires que s'ils sont liés à des maladies graves du système de mastication ou des maladies graves spécifiques.

Séjour à l'étranger

En cas de traitement d'urgence dans un Etat hors UE/AELE, par exemple en cas de maladie pendant les vacances, l'assurance-maladie prend en charge les frais jusqu'à concurrence du double de ce que le même traitement aurait coûté en Suisse. Dans le cas d'un traitement stationnaire, cela signifie qu'elle assume au maximum 90 % des frais que cette hospitalisation engendrerait en Suisse (en effet, en cas de traitement hospitalier en Suisse, les cantons prennent à leur charge au moins 55 % des frais, ce qui n'est pas le cas lors d'une hospitalisation à

l'étranger). Une assurance voyages complémentaire peut être nécessaire pour certains pays (par ex. les Etats-Unis, l'Australie ou les pays d'Asie), où les coûts de la santé et du transport sont plus élevés.

Lors d'un séjour dans un pays de l'UE ou de l'AELE, les assurés doivent emporter la carte européenne d'assurance-maladie fournie par leur assureur. Cette carte permet le remboursement des prestations médicales nécessaires, aux conditions prévues par le droit du pays en question.

Suspension de l'assurance-accidents

Les salariés assurés selon la LAA peuvent, en vertu de l'art. 8 LAMal, faire suspendre la couverture accidents par l'assurance-maladie ; la prime est réduite en conséquence. L'assureur-maladie couvre les frais résultant d'un accident dès que cesse la couverture des accidents en vertu de la LAA (par exemple en cas de retraite ou de temps de travail inférieur à huit heures par semaine). L'employeur est tenu d'informer par écrit ses salariés, avant la fin des rapports de travail ou de la couverture des accidents non professionnels, qu'ils doivent avertir leur assureur-maladie de l'extinction de la couverture accidents. L'assuré doit informer l'assureur-maladie dans le mois qui suit la communication de l'employeur. L'assureur perçoit alors à nouveau l'intégralité de la prime.

Attention : les salariés qui travaillent moins de huit heures par semaine pour un employeur ne sont pas assurés contre les accidents non professionnels. Dans ce cas, il ne faut pas renoncer à la couverture des accidents par l'assurance-maladie.

Participation aux coûts

Les assurés doivent participer aux coûts de toutes les prestations prises en charge (à l'exception des prestations spécifiques en cas de maternité, des prestations médicales générales fournies à la femme enceinte dès la 13^e semaine de grossesse, pendant l'accouchement et jusqu'à 8 semaines après l'accouchement, ainsi que de certaines mesures médicales en matière de prévention fournies dans le cadre de programmes organisés). Les assurés adultes doivent assumer une franchise annuelle de 300 francs au moins. En outre, pour les coûts qui dépassent cette somme, une quote-part de 10 % est perçue jusqu'à concurrence de 700 francs par année civile au maximum. Les enfants ne paient aucune franchise. Pour eux, la quote-part maximale est de 350 francs par année civile.

De plus, les assurés doivent payer une contribution journalière aux frais de séjour hospitalier de 15 francs. Ne sont pas tenus de payer cette contribution les enfants jusqu'à 18 ans, les jeunes adultes en formation jusqu'à 25 ans et les femmes bénéficiant de prestations de maternité.

Assurances complémentaires

Dans ce domaine, les assureurs bénéficient d'une liberté relativement grande dans la définition de leur offre et dans la fixation de leurs primes. Ils peuvent émettre des réserves de santé ou refuser l'admission (par exemple en raison de l'âge). Les conditions des assurances complémentaires sont soumises au droit des assurances privées, également pour ce qui a trait aux primes.

Assurances complémentaires pour des prestations plus étendues

Les assureurs-maladie proposent avec les assurances complémentaires facultatives des prestations qui dépassent celles de l'assurance obligatoire des soins. En font partie, par exemple :

- la couverture des frais d'hospitalisation en division demi-privée ou privée ;
- les prestations des médecines naturelles, les traitements de la médecine alternative ou complémentaire dispensés par des thérapeutes ;
- les prestations qui dépassent celles de l'assurance obligatoire des soins pour des moyens auxiliaires (lunettes, lentilles de contact, prothèses orthopédiques) ;
- une participation aux coûts pour les soins dentaires et les traitements d'orthodontie.

AMal | L'application

L'assurance obligatoire des soins est pratiquée par les caisses-maladie reconnues qui bénéficient d'une autorisation du Département fédéral de l'intérieur. Les personnes assujetties en Suisse s'annoncent auprès d'un assureur-maladie et paient elles-mêmes les primes.

Poursuite du versement du salaire en cas de maladie ou d'accident

Le Code des obligations (CO) fait obligation aux employeurs de poursuivre le versement du salaire en cas de maladie ou d'accident, pendant une période limitée. Celle-ci dépend de la durée des rapports de travail (voir à ce sujet le chapitre consacré à la protection en cas de maternité). En ce qui concerne la poursuite du versement du salaire en cas de maternité, une autre réglementation peut être convenue par accord écrit ou en raison d'une convention collective de travail (CCT), à condition toutefois qu'elle ne soit pas moins favorable pour les salariés. Il s'agit souvent d'une assurance d'indemnités journalières en cas de maladie.

Assurance d'indemnités journalières en cas de maladie

A certaines conditions, l'employeur peut se libérer de son obligation de poursuivre le paiement du salaire en concluant une assurance collective d'indemnités journalières en cas de maladie. S'il le fait au moyen d'une assurance d'indemnités journalières selon la LAMal, l'indemnité journalière assurée sera payée pendant 720 jours sur 900 jours consécutifs, à condition que l'incapacité de travail soit d'au moins 50 %. Le chapitre sur la protection de la maternité renseigne sur les prestations de l'assurance d'indemnités journalières selon la LAMal fournies en cas de maternité.

Dans le cas d'une assurance d'indemnités journalières en cas de maladie selon la loi sur le contrat d'assurance (LCA), ces exigences minimales tombent et ce sont les dispositions contractuelles et les conditions d'assurance qui sont déterminantes.

La LAMal oblige les assureurs-maladie à proposer également une assurance individuelle d'indemnités journalières. C'est une obligation qu'ils ne remplissent en général que dans une mesure très limitée, en proposant des montants de l'ordre de 8 à 30 francs par jour. Les assurances collectives sont proposées dans la plupart des cas hors du cadre de l'assurance-

maladie sociale (LAMal) et suivant des considérations relevant du droit des assurances privées (LCA). Pour l'essentiel, les partenaires contractuels sont libres dans l'aménagement de ces assurances et n'ont pas à respecter les prescriptions contraignantes de la LAMal. Il n'y a d'exception qu'en ce qui concerne les prescriptions impératives en matière de droit de passage de l'assurance collective à l'assurance individuelle en cas de chômage.

AMal | Les indépendants

Aucune distinction n'est faite entre salariés et indépendants. Toutes les personnes domiciliées en Suisse sont tenues de s'affilier à l'assurance obligatoire des soins.

AMal | Adresses

Office fédéral de la santé publique

Assurance-maladie, 3003 Berne : [www.ofsp.admin.ch / Thèmes / Assurance-maladie](http://www.ofsp.admin.ch/Thèmes/Assurance-maladie)

(autorité de surveillance de l'assurance-maladie et accidents)

santésuisse – Les assureurs-maladie suisses

Römerstrasse 20, case postale 1561, 4502 Soleure, tél. 032 625 41 41.

mail@santesuisse.ch, www.santesuisse.ch

Curafutura – Die innovativen Krankenversicherer

Gutenbergstrasse 14, 3011 Bern, Tel. 031 310 01 80

info@curafutura.ch, www.curafutura.ch

Ombudsman de l'assurance-maladie sociale

Morgartenstrasse 9, case postale 3565, 6002 Lucerne 2.

www.ombudsman-kv.ch (conseil et médiation en cas de différend)

AMal | Dispositions légales

[Loi fédérale sur l'assurance-maladie \(LAMal\)](#)

L'assurance militaire (AM)

L'assurance militaire assure toutes les personnes qui sont victimes d'un accident ou d'une maladie pendant le service militaire, le service de protection civile ou le service civil.

AM | Les assurés

Comptent parmi les assurés :

- quiconque accomplit un service militaire ou un service de protection civile, obligatoire ou volontaire ;
- quiconque est au service de la Confédération en tant qu'instructeur de l'armée ou de la protection civile ou en tant que membre du corps des gardes-fortifications, etc. ;
- quiconque prend part, en vertu d'un ordre de marche, au recrutement, aux visites sanitaires de l'armée ou de la protection civile, aux inspections de l'armement et de l'équipement, etc. ;
- quiconque, sur convocation du service compétent, prend part, en tant que personne astreinte à servir, à l'inscription et à l'information concernant le recrutement ;
- quiconque prend part à l'instruction technique prémilitaire, aux exercices de tir hors du service, à une activité militaire volontaire ou sportive militaire ou à une activité volontaire de protection civile hors du service, ou comme civil, à des exercices militaires et à des services d'instruction de la protection civile, etc. ;
- quiconque prête son aide lors de l'intervention d'un organisme de protection conformément à la loi fédérale sur la protection civile ;
- quiconque séjourne, en qualité de patient, dans un établissement hospitalier, de cure ou de soins ou encore dans un centre de dépistage aux frais de l'assurance militaire ;
- quiconque, astreint au service militaire, purge une peine d'arrêts, se trouve en détention préventive militaire ou a été provisoirement arrêté ;
- quiconque participe à des actions de maintien de la paix et de bons offices de la Confédération ou à la préparation de ces actions et de ce fait entretient avec la Confédération des rapports de service régis par le droit public ;
- quiconque, en tant que membre du Corps suisse d'aide humanitaire, participe à des actions d'aide de la Confédération ou à la préparation de ces actions et de ce fait entretient avec la Confédération des rapports de service régis par le droit public.

AM | Le début et la fin de la protection d'assurance

L'assurance s'étend à toute la durée du service, du cours ou de l'activité concernée. Les trajets d'aller et de retour sont également couverts par l'assurance à condition qu'ils s'effectuent dans un délai convenable. La protection d'assurance englobe aussi le congé général ou personnel.

L'assurance des atteintes à la santé résultant d'un accident est suspendue tant que l'assuré exerce une activité lucrative et qu'il est donc affilié à l'assurance-accidents obligatoire.

AM | Les cotisations

L'assurance militaire est gratuite, sauf pour le personnel militaire, qui doit verser une prime. L'assurance militaire est suspendue tant que l'assuré exerce une activité lucrative et qu'il est donc affilié à ce titre à l'assurance-accidents obligatoire selon la LAA.

AM | Les prestations

Les prestations de l'assurance militaire sont très complètes et correspondent dans une grande mesure à celles de l'assurance-accidents. Tout assuré a donc droit à un traitement médical adéquat et économique de nature à améliorer son état ou sa capacité de gain, ou à les préserver de toute atteinte subséquente. Il peut également bénéficier d'indemnités journalières, d'allocations et, le cas échéant, d'une rente d'invalidité ou de survivants, etc. Les informations détaillées à ce sujet peuvent être obtenues auprès de la Suva, assurance militaire (voir les adresses).

AM | L'application

Dans le domaine de l'assurance militaire, les employeurs ne sont soumis à aucune obligation. L'assuré doit, lors de la visite sanitaire d'entrée en service, pendant le service ou à la fin de celui-ci, faire connaître au médecin de la troupe ou du cours toute atteinte à la santé dont il aurait connaissance. Après le service, il doit annoncer toute atteinte à la santé en relation avec le service à son médecin, à son dentiste ou à son chiropraticien.

Si l'assuré manque à ces obligations sans raison plausible, l'assurance militaire n'est responsable que si, selon toute probabilité, l'atteinte à la santé a été causée ou aggravée pendant le service. L'assurance militaire n'est pas tenue d'entrer en matière sur une demande de prestations en l'absence d'annonce de la part du médecin, du dentiste ou du chiropraticien. Mais elle entreprend d'office l'établissement des faits dès qu'elle a connaissance d'un cas d'assurance selon les règles.

AM | Les indépendants

Si, en raison de la structure de leur entreprise, les indépendants ne peuvent couvrir, pendant la durée de leur incapacité de travail, les frais fixes de l'entreprise qui continuent de courir, ils doivent être équitablement indemnisés de ce dommage supplémentaire lorsqu'il est inévitable malgré une gestion diligente de l'entreprise. Lorsque, à la suite d'une atteinte à leur santé, ils ne peuvent pas maintenir leur entreprise à l'aide de l'indemnité journalière et d'une prestation éventuelle, ils peuvent bénéficier d'indemnités supplémentaires, mais au plus à concurrence (indemnité comprise) du double du montant maximal du gain annuel assuré. Pour le reste, les indépendants ont droit aux mêmes prestations que les autres assurés.

AM | Adresses

L'assurance militaire est gérée par la Suva pour le compte de la Confédération. Seules les agences de la Suva de Genève, Berne, Saint-Gall et Bellinzone traitent les cas. C'est le lieu de domicile de l'assuré au moment de l'annonce du cas qui détermine quelle agence est compétente.

Suva Genève, Assurance militaire

Rue Ami-Lullin 8, 1211 Genève 3

Tél. 022 707 84 04, fax 022 707 85 05

Cantons de GE, VD, NE et JU et partie francophone des cantons de BE, FR et VS

Suva Berne, Division Assurance militaire

Laupenstrasse 11

Case postale 8715

3001 Berne

Pour la partie germanophone des cantons de BE, FR et VS

ainsi que les cantons de AG, BS, BL, LU et SO

Tél. 031/ 387 35 35, fax 031/ 323 35 30

Suva Saint-Gall, Militärversicherung

Unterstrasse 15

9001 Saint-Gall

Tél. 071 227 75 11, fax 071 227 75 10

Pour les cantons de ZH, SH, TG, GL, GR (germanophone), SG, NW, UR, AR, AI, SZ et ZG

Suva Bellinzona, Assicurazione militare

Piazza del Sole 6

Case postale 1069

6501 Bellinzona

Tél. 091 820 20 11, fax 091 820 21 20

Pour les cantons TI et GR (italophone)

www.suva.ch

Office fédéral de la santé publique

Assurance militaire, 3003 Berne, [www.ofsp.admin.ch / Thèmes / Assurance militaire](http://www.ofsp.admin.ch/Thèmes/Assurance_militaire)

AM | Dispositions légales

[Loi fédérale sur l'assurance militaire \(LAM\)](#)

La prévoyance professionnelle (2^e pilier)

La prévoyance professionnelle a pour objectif de permettre aux personnes âgées, aux survivants et aux invalides de conserver leur niveau de vie antérieur, en complément de la rente AVS.

2^e pilier | Les assurés

Toutes les personnes salariées qui ont eu 17 ans révolus et qui reçoivent d'un même employeur un salaire supérieur au seuil défini doivent s'affilier à une caisse de pension (assurance pour les risques d'invalidité et de décès dès l'âge de 17 ans, assurance-vieillesse dès l'âge de 25 ans). Il n'y a pas d'obligation d'assurance pour les salaires inférieurs à un revenu annuel minimal donné (seuil d'accès). Ce revenu minimal est périodiquement revu par le Conseil fédéral. Pour 2017, il se monte à 21 150 francs.

Les parts de salaire qui doivent être obligatoirement assurées sont celles qui se situent entre 24 675 francs (déduction de coordination) et 84 600 francs (limite supérieure du salaire annuel). Pour les salaires dépassant 21 150 francs, mais inférieurs à la déduction de coordination ou dépassant de peu celle-ci (en fait, pour les salaires allant de 21 150 à 28 200 francs), le salaire assuré se monte à 3525 francs.

Les critères utilisés par l'AVS permettent aussi de déterminer si une personne exerce une activité lucrative dépendante.

La loi sur la prévoyance professionnelle (LPP) prescrit des prestations minimales. C'est pourquoi les entreprises optent souvent pour des solutions plus généreuses, qui sont appliquées par les caisses de pension. Il est donc tout à fait possible que le salaire annuel minimal de référence (seuil d'accès) soit abaissé, voire supprimé, et que le plafond soit relevé. Il s'ensuit que certaines personnes au revenu peu élevé disposent aussi d'un 2^e pilier.

Temps d'essai

Une personne doit être assurée selon la LPP si les rapports de travail durent plus de trois mois ou si leur durée prévue est indéterminée. Le fait d'avoir convenu d'un temps d'essai ne libère pas de l'obligation de s'assurer, même si le contrat de travail est résilié pendant le temps d'essai.

Employés à temps partiel

Une personne qui travaille à temps partiel doit être assurée selon la LPP si son revenu annuel est supérieur au revenu annuel minimal/seuil d'accès (c'est-à-dire supérieur à 21 150 francs). Si une personne occupe plusieurs emplois à temps partiel auprès de différents employeurs, elle peut s'assurer à titre facultatif si son revenu total dépasse 21 150 francs. Les cotisations seront dès lors perçues sur les différents salaires partiels.

Assurance en cas d'incapacité de travail

Les cotisations à l'institution de prévoyance sont dues tant que l'employeur est légalement obligé de verser le salaire. La libération des primes a souvent lieu après trois mois d'incapacité de travail ;

en d'autres termes, les cotisations de l'employeur et de l'assuré seront reprises ou créditées par l'institution de prévoyance.

Membres de la famille

Les membres de la famille qui fournissent des prestations rétribuées sont également soumis à l'obligation de payer des cotisations LPP dès que leur salaire dépasse le revenu annuel minimal et qu'ils sont soumis à l'obligation de cotiser à l'AVS. Font exception les membres de la famille qui collaborent en ayant le statut d'indépendants.

2^e pilier | Le début et la fin de l'obligation d'assurance

Le jour de référence pour l'entrée dans une caisse de pensions est le 1^{er} janvier qui suit l'année où l'assuré a eu 17 ans. C'est pour cette date que les employeurs doivent annoncer leurs salariés à l'assurance. Les apprentis doivent donc également être signalés à la caisse de pensions. Les jeunes actifs âgés de 17 à 24 ans ne sont toutefois assurés que contre les risques de décès et d'invalidité. L'épargne vieillesse ne commence qu'à 25 ans.

L'obligation de payer des cotisations prend fin lorsque l'assuré atteint l'âge de la retraite, cesse d'exercer une activité lucrative ou perçoit une rente AI entière. Lorsque les rapports de travail prennent fin, la couverture d'assurance pour les risques de décès et d'invalidité reste en vigueur un mois après la fin des rapports de travail (couverture subséquente).

Pour de plus amples informations sur les mesures visant à favoriser la participation des travailleurs âgés et leur maintien sur le marché de l'emploi, voir l'encadré, p. 66.

2^e pilier | Les cotisations

La base du calcul des bonifications de vieillesse est le gain assuré. Les parts de salaire allant de 24 675 francs (déduction de coordination) à 84 600 francs (limite supérieure du salaire annuel) sont obligatoirement assurées. Pour les salaires dépassant 21 150 francs, mais inférieurs à la déduction de coordination ou dépassant de peu celle-ci (en fait, pour les salaires allant de 21 150 à 28 200 francs), le salaire assuré se monte à 3525 francs. Les coûts de la caisse de pensions sont facturés par assuré par l'institution de prévoyance et répartis en général sur douze mois.

La protection offerte aux travailleuses par la prévoyance professionnelle est préservée durant le congé-maternité dans la même mesure qu'auparavant. Concrètement, cela signifie que, si le salaire annuel baisse temporairement à la suite de la maternité, le salaire coordonné actuel conserve sa validité au moins aussi longtemps que dure le congé-maternité. Mais la salariée a la possibilité d'exiger la réduction du salaire coordonné. La façon dont est financé le maintien de la couverture LPP durant le congé-maternité doit être précisée dans le règlement de l'institution de prévoyance.

Les cotisations au capital-vieillesse

Le capital-vieillesse est constitué au moyen des bonifications de vieillesse. Les cotisations sont échelonnées selon le tableau suivant :

Hommes/femmes	Taux en pourcentage du salaire assuré
25 à 34 ans	7 %
35 à 44 ans	10 %
45 à 54 ans	15 %
55 à 65/64 ans	18 %

Les cotisations pour l'assurance de risque

Les rentes d'invalidité et de survivants sont financées selon le principe de l'assurance. Les cotisations sont calculées selon les principes actuariels en vigueur pour les assurances. En règle générale, on peut partir de l'idée que les cotisations moyennes vont de 3 % à 4 % du salaire assuré. Au près de certaines caisses, les primes de risque des hommes sont supérieures à celles des femmes.

Les autres cotisations

Ces cotisations alimentent le fonds de garantie qui couvre toute la Suisse et qui verse des prestations lorsque l'employeur ne peut plus payer les cotisations ou lorsque l'institution de prévoyance devient insolvable. Ce fonds garantit les prestations obligatoires promises ainsi que les prestations surobligatoires jusqu'à un certain point.

Certaines caisses de pension perçoivent des cotisations spéciales pour couvrir les frais d'administration. Cependant, celles-ci sont incluses dans les cotisations pour l'assurance de risque dans la plupart des caisses de pension.

Les cotisations sont pour moitié à la charge des travailleurs et pour moitié à la charge des employeurs, selon le principe suivant : la somme des cotisations des employeurs doit être égale à la somme des cotisations des travailleurs.

2^e pilier | Les prestations

La LPP formule des exigences minimales. De nombreuses institutions de prévoyance fournissent des prestations supérieures au minimum légal (prestations surobligatoires).

La rente de vieillesse constitue la prestation minimale que toutes les caisses de pensions doivent verser au moment de la retraite. Cette rente est financée par le capital-vieillesse disponible. Ce capital a été constitué au moyen des bonifications de vieillesse, des intérêts versés (à un taux minimal de 1 % en 2017, contre 1,25 % en 2016 et 1,75 % en 2015), ainsi que d'éventuels rachats. La rente annuelle versée représente 6,8 % du capital-vieillesse (à partir de 2005, le taux de conversion a été abaissé de 7,2 à 6,8 % sur une période de dix ans).

Si l'assuré doit encore subvenir à l'entretien de ses propres enfants alors qu'il est à la retraite, il a droit à une rente pour enfant pour chacun de ses enfants encore en formation.

En cas de décès, les survivants bénéficient des prestations suivantes :

Le conjoint qui subvient à l'entretien d'enfants, ou qui a plus de 45 ans et qui a été marié pendant au moins cinq ans, a droit à une rente de veuve ou de veuf. Les conjoints divorcés sont assimilés aux veuves ou aux veufs si le mariage a duré plus de dix ans, si la personne décédée subvenait à leur entretien. Le montant des prestations est dans ce cas égal à celui de la contribution d'entretien. Les partenaires enregistrés ont le même statut juridique que les veufs. Les enfants bénéficient d'une rente d'orphelin. En cas d'invalidité, ce sont des rentes d'invalidité et des rentes pour enfant d'invalidité qui sont versées. Les rentes de survivants et les rentes d'invalidité doivent être périodiquement adaptées au renchérissement.

En cas de changement d'employeur, la personne qui quitte l'entreprise a droit à une prestation de libre passage. La loi sur le libre passage définit en détail le mode de calcul de cette prestation. Etant donné que toutes les caisses de pension ne sont pas constituées sur les mêmes bases, il arrive que des difficultés surviennent lors du calcul de la prestation de libre passage. Celle-ci comprend, au minimum, toutes les cotisations de l'assuré et de l'employeur, des intérêts (à un taux minimal de 1 % en 2017, contre 1,25 % en 2016 et 1,75% en 2015), ainsi que les éventuelles prestations de libre passage apportées et les rachats effectués. Les contributions aux mesures d'assainissement répondant aux exigences légales peuvent être soustraites. La situation est plus complexe dans le cas des caisses qui appliquent le principe de la primauté des prestations. Ces caisses promettent des prestations en pourcentage du salaire assuré.

2^e pilier | L'application

Tout employeur qui occupe des salariés soumis à l'obligation de s'assurer doit créer une institution de prévoyance ou s'affilier à une institution collective ou commune. Ces institutions, gérées le plus souvent par des banques, des assurances ou des associations de branches, assurent différentes entreprises selon des plans d'assurance qui peuvent être identiques ou différents. Les travailleurs et les employeurs décident paritairement de l'affiliation et de la configuration du rapport d'assurance. L'employeur doit donc obtenir le consentement des travailleurs sur les points cruciaux du rapport d'assurance.

Salariés et employeurs ont le droit de désigner le même nombre de représentants dans l'organe suprême de l'institution de prévoyance. Les assurés désignent leurs représentants directement ou par l'intermédiaire de délégués. Si tel ne peut être le cas en raison de la structure de l'institution de prévoyance, notamment dans les institutions collectives, l'autorité de surveillance peut admettre un autre mode de représentation. La présidence de l'organe paritaire est assurée à tour de rôle par un représentant des salariés et un représentant de l'employeur.

Si un employeur ne s'affilie à aucune institution de prévoyance, il est obligatoirement affilié à l'institution supplétive. Cette affiliation entraîne des frais pour l'employeur. Les travailleurs sont eux aussi désavantagés lorsqu'une telle affiliation forcée a lieu : étant assurés selon le minimum LPP, leur protection est moins bonne que celle qui serait offerte par un régime surobligatoire.

Les indépendants peuvent également s'affilier à l'institution supplétive. Celle-ci assure le minimum légal ; elle peut, sur demande, assurer un montant jusqu'à concurrence du salaire maximal LAA.

Aspects particuliers

Accession à la propriété du logement

Il est possible de retirer ou de mettre en gage des fonds de sa caisse de pensions pour accéder à la propriété de son logement. Celui qui, pour se loger, désire acheter une propriété foncière ou bâtir peut ainsi prélever des fonds de sa caisse de pension qui feront office de fonds propres, ou garantir un prêt en mettant en gage son avoir auprès de l'institution de prévoyance. La totalité du capital peut être retirée jusqu'à l'âge de 50 ans, mais seulement un montant réduit au-delà.

Avoirs de la caisse de pensions et divorce ou dissolution du partenariat enregistré

En cas de divorce ou de dissolution judiciaire du partenariat enregistré, chacun a droit à la moitié de l'avoir de prévoyance. La révision du partage de la prévoyance professionnelle est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017. Depuis cette date, il y a aussi partage lorsqu'un des conjoints, ou des partenaires enregistrés, perçoit une rente d'invalidité ou une rente de vieillesse du 2^e pilier.

Mesures en faveur des travailleurs âgés

Les mesures en faveur des travailleurs âgés visent à favoriser leur participation et leur maintien sur le marché de l'emploi. Les institutions de prévoyance peuvent depuis 2011 proposer à leurs assurés les nouveautés suivantes :

- Les personnes qui, à partir de 58 ans, réduisent leur taux d'activité professionnelle (avec une diminution du salaire de 50 % au maximum) pourront maintenir leur salaire assuré au même niveau que précédemment.
- Les personnes qui souhaitent poursuivre leur activité professionnelle après l'âge ordinaire de la retraite pourront continuer de cotiser auprès de leur institution de prévoyance jusqu'à l'âge de 70 ans.

Annonce d'arrivée et de départ

C'est l'employeur qui annonce l'arrivée et le départ des personnes assurées. En cas de sortie, la personne qui s'en va doit indiquer où doit être versé le capital-vieillesse constitué. Si elle conclut un nouveau contrat de travail, la prestation de libre passage doit être transférée à la nouvelle institution de prévoyance. Si une telle opération n'est pas possible, la prestation doit être transférée sur un compte de libre passage (auprès d'une banque) ou sur une police de libre passage (auprès d'une compagnie d'assurances).

Le principe suivant s'applique en matière de prévoyance : il ne doit pas y avoir de discrimination entre les travailleurs. Ce n'est que lorsque la structure de l'entreprise permet de distinguer clairement différentes catégories de travailleurs que des types d'assurance distincts peuvent être conçus. Les assurances de cadres, qui assurent des prestations complémentaires aux membres du personnel dirigeant, sont ainsi très répandues.

L'institution de prévoyance doit fournir chaque année des informations sur les droits aux prestations, le salaire coordonné, le taux de cotisation, l'avoir de vieillesse et la prestation de sortie réglementaire (prestation de libre passage).

Retrait en espèces

La perception en espèces des avoirs de la caisse de pensions n'est possible que si l'assuré :

- quitte définitivement la Suisse ;
- se met à son compte et n'est plus soumise à la prévoyance professionnelle obligatoire, ou
- si la prestation de sortie est inférieure aux cotisations d'une année.

Depuis le 1^{er} juin 2007, le paiement en espèces de la partie obligatoire de la prestation de sortie n'est plus possible lorsque l'assuré quitte la Suisse, mais reste assuré obligatoirement dans un Etat membre de l'UE ou de l'AELE pour les risques de vieillesse, décès et invalidité. Cette restriction s'applique aussi, depuis le 1^{er} juin 2009, en cas de départ définitif pour la Bulgarie ou la Roumanie. Les demandes d'examen de l'assujettissement à l'assurance sont à adresser via le formulaire ad hoc à l'Organe de liaison CH/EU (www.verbindungsstelle.ch / Paiement en espèces).

Pour que des prestations en espèces puissent être perçues, une autorisation écrite du conjoint ou du partenaire enregistré est nécessaire. La perception de prestations en espèces est soumise à l'impôt. .

2^e pilier | Les indépendants

La prévoyance professionnelle n'est pas obligatoire pour les indépendants. Ceux-ci peuvent toutefois s'y soumettre à titre facultatif. Ils peuvent s'affilier à la même institution de prévoyance que leur personnel. Les indépendants peuvent aussi s'assurer auprès de leur association professionnelle, si celle-ci dispose d'une institution de prévoyance, ou encore rallier l'institution supplétive. Ils ont aussi la possibilité de ne s'assurer qu'auprès d'une institution de prévoyance appliquant un régime de prévoyance plus étendu. C'est pourquoi la forme la plus répandue de prévoyance professionnelle pour les indépendants est la prévoyance relevant du 3^e pilier (voir le chapitre 3^e pilier).

Si un indépendant s'affilie à une institution de prévoyance, celle-ci assure en général le revenu prévu. Contrairement aux salariés dont la rémunération est connue au préalable, l'indépendant déclare un revenu qu'il espère obtenir. Il n'y a pas de correction ultérieure en fonction du revenu effectivement perçu.

2e pilier | Adresses

Autorités de surveillance LPP

Les autorités cantonales de surveillance LPP et l'OFAS renseignent sur les questions touchant à la LPP. Leurs adresses sont indiquées dans le mémento 6.06, disponible sur le site www.avs-ai.ch / [Mémentos-Formulaires](#) / [Mémentos](#) / [Autres assurances sociales](#)

Ainsi que sur le site de l'OFAS :

www.ofas.admin.ch / [Assurances sociales](#) / [Prévoyance professionnelle et 3e pilier](#)

Voir aussi le site de la Commission de haute surveillance de la prévoyance professionnelle (CHS PP) : www.chs-pp.ch

Institution supplétive LPP

Questions relatives à l'affiliation LPP : les adresses des agences sont indiquées dans le mémento 6.06 (cf. ci-dessus), ou sur le site de la Fondation institution supplétive LPP www.chaeis.net

Chambre suisse des actuaires-conseils

c/o Swisscanto Vorsorge AG,

Picassoplatz 8, 4052 Bâle,

Tél. 058 344 42 62

(La liste des membres de la chambre contient également les adresses de conseillers indépendants).

2^e pilier | Dispositions légales

[Loi fédérale sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité \(LPP\)](#)

[Loi fédérale sur le libre passage \(LFLP\)](#)

Le 3^e pilier

A côté de l'AVS et du 2^e pilier, il y a encore la prévoyance privée, le 3^e pilier. La loi encourage l'épargne individuelle destinée à la prévoyance vieillesse et c'est pourquoi les cotisations au 3^e pilier, plus exactement au pilier 3a, ne sont pas imposées jusqu'à un certain montant.

Versements maximums au pilier 3a

Personnes ayant une caisse de pensions :

6768 francs par an (état 2017)

Personnes n'ayant pas de caisse de pensions :

20 % du revenu annuel, 33 840 francs au maximum (état 2017)

Le pilier 3a, ou prévoyance individuelle liée, est ouvert à toutes les personnes qui exercent une activité lucrative. Les règles ne sont cependant pas les mêmes, selon que les personnes sont déjà affiliées à une institution de prévoyance ou non. Les personnes qui exercent une activité lucrative indépendante et qui n'appartiennent à aucune institution de prévoyance peuvent affecter à leur 3^e pilier un montant nettement plus élevé que celles qui versent déjà des cotisations à une caisse de pension.

Le pilier 3a est la forme habituelle de prévoyance des indépendants. Seul inconvénient : le pilier 3a est axé sur l'épargne et n'offre le plus souvent aucune couverture des risques de décès et d'invalidité. Ces risques doivent être couverts séparément, soit en concluant une assurance liée à l'épargne (police de prévoyance), soit en concluant en plus une assurance-vie.

Le retrait des fonds du pilier 3a est possible dans les cas suivants :

- lorsqu'une personne se met à son compte (pour les personnes exerçant jusque-là une activité lucrative dépendante) ;
- lorsqu'une personne indépendante change d'activité en restant indépendante (pour les personnes exerçant précédemment une activité lucrative indépendante) ;
- en vue d'acquérir un logement ;
- en cas de départ définitif de la Suisse ;
- en cas de perception d'une rente entière de l'AI ;
- lorsque l'âge de 60 ans a été atteint (59 ans pour les femmes) ; les prestations de vieillesse sont dues lorsque la personne atteint l'âge ordinaire de la retraite AVS (65 ans pour les hommes, 64 ans pour les femmes). Si le preneur de prévoyance prouve qu'il conserve une activité lucrative après l'âge ordinaire de la retraite AVS, il peut continuer de cotiser au pilier 3a et la perception des prestations de vieillesse peut être ajournée de cinq ans au maximum au-delà de cet âge.

Tout retrait de fonds du 3^e pilier est soumis à imposition.

Les fonds du pilier 3a peuvent être utilisés pour un rachat du 2^e pilier. La personne qui change d'emploi et doit procéder à un rachat pour satisfaire aux règles de sa nouvelle caisse de pension peut ainsi disposer des fonds nécessaires.

La prévoyance liée du pilier 3a doit correspondre à une forme reconnue de prévoyance. La loi prévoit deux possibilités :

- un compte de prévoyance liée ouvert auprès d'une fondation bancaire, ou
- une police de prévoyance liée conclue auprès d'une compagnie d'assurances.

Il n'y a pas d'autre organisme autorisé à gérer des fonds du pilier 3a, ni d'autres formes de prévoyance.

3^e pilier | Adresses

L'application incombe aux compagnies suisses d'assurance-vie ou aux fondations bancaires.

3^e pilier | Dispositions légales

[Loi fédérale sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité \(LPP\)](#)

[Ordonnance sur les déductions admises fiscalement pour les cotisations versées à des formes reconnues de prévoyance \(OPP 3\)](#)

La protection de la maternité

Les femmes qui exercent une activité lucrative, qu'elles soient salariées ou indépendantes, ont droit depuis 2005 à une allocation de maternité en vertu de la loi sur les allocations pour perte de gain. Durant quatorze semaines, elles touchent 80 % du revenu moyen de l'activité qu'elles exerçaient avant l'accouchement, mais pas plus de 196 francs par jour.

L'art. 35 de la loi sur le travail (LTr) porte sur la protection des femmes enceintes et des mères qui allaitent. Celles-ci ne peuvent être occupées qu'avec leur consentement. Une femme enceinte peut se dispenser d'aller au travail ou le quitter sur simple avis. Toutefois, l'employeur n'est pas obligé de payer son salaire durant son absence. Si elle n'est pas du tout en mesure de travailler (ce qui doit être attesté par un certificat médical), le Code des obligations ou les dispositions d'une assurance d'indemnités journalières en cas de maladie ou d'accouchement fixent le salaire auquel elle a droit (voir obligation de payer le salaire, art. 324a CO). Une mère qui allaite dispose elle du temps nécessaire à l'allaitement. Ces heures sont rémunérées dans certaines limites qui varient selon la durée journalière de travail (art. 60 OLT 1).

Les mères qui allaitent doivent pouvoir disposer du temps nécessaire à l'allaitement (art. 35a, al. 2, LTr). Au cours de la première année de la vie de l'enfant, le temps pris pour allaiter ou tirer le lait est comptabilisé comme temps de travail rémunéré en fonction de la durée de la journée de travail (art. 60, al. 2, OLT 1). Les femmes enceintes et les mères qui allaitent ne doivent par ailleurs effectuer aucun travail pouvant porter atteinte à leur santé. S'il existe des risques pour la santé de la mère ou de l'enfant, l'employeur doit aménager les conditions de travail de telle manière que la femme puisse continuer à travailler sans être exposée à un danger. Si cela n'est pas possible, elle ne pourra pas continuer à travailler et l'employeur sera tenu de lui verser 80 % de son salaire (art. 35 LTr).

A remarquer qu'une salariée ne doit pas travailler pendant les huit semaines qui suivent l'accouchement (art. 35a LTr). Elle n'a pas à présenter de certificat médical et elle n'a pas le droit de travailler même si elle le désire expressément (interdiction d'occupation).

Maternité | La protection contre le licenciement

Le Code des obligations règle la protection contre le licenciement, le délai de licenciement et l'obligation de poursuivre le paiement du salaire en cas de grossesse (art. 324a, 329a à 329e et 336c CO).

Protection contre le licenciement

Après l'écoulement du temps d'essai, les employeurs ne peuvent pas licencier une personne salariée pendant la grossesse ni pendant les seize semaines qui suivent l'accouchement.

Echelle pour la poursuite du paiement du salaire

Le droit régissant le contrat de travail contenu dans le CO place la maternité et la maladie sur pied d'égalité pour ce qui touche au paiement du salaire. L'obligation de poursuivre le paiement du salaire en cas d'incapacité de travail dépend dans les deux cas de la durée des rapports de travail.

La jurisprudence des tribunaux du travail est unitaire et règle de manière contraignante l'obligation de poursuivre le paiement du salaire. En cas de maternité et d'accouchement, la durée du paiement du salaire dépend donc des différentes échelles (voir encadré ci-après). Les dispositions légales fixent un minimum ; les employeurs peuvent naturellement se montrer plus généreux.

Certains cantons s'en tiennent généralement à l'une de ces trois échelles pour tout le canton, alors que dans d'autres, chaque tribunal a une pratique différente, qui se réfère toutefois toujours à l'une des trois échelles ci-dessous (voir les « Mitteilungen des Instituts für Schweizerisches Arbeitsrecht » [ArbR] ; on peut aussi se renseigner auprès des greffes des conseils de prud'hommes).

Durée du versement du salaire	
Echelle de Berne (BE, VD, FR, GE, AG, OW, SG)	
Pendant la 1 ^{re} année de service	3 semaines de salaire
2 ^e année	1 mois de salaire
3 ^e et 4 ^e années	2 mois de salaire
De la 5 ^e à la 9 ^e année	3 mois de salaire
De la 10 ^e à la 14 ^e année	4 mois de salaire
De la 15 ^e à la 19 ^e année	5 mois de salaire
De la 20 ^e à la 25 ^e année	6 mois de salaire
Echelle de Bâle (BS, BL)	
Pendant la 1 ^{re} année de service	3 semaines de salaire
2 ^e et 3 ^e années	2 mois de salaire
De la 4 ^e à la 10 ^e année	3 mois de salaire
De la 11 ^e à la 15 ^e année	4 mois de salaire
De la 16 ^e à la 20 ^e année	5 mois de salaire
A partir de la 21 ^e année	6 mois de salaire
Echelle de Zurich (ZH, GR)	
Pendant la 1 ^{re} année de service	3 semaines de salaire
2 ^e année	8 semaines de salaire
3 ^e année	9 semaines de salaire
4 ^e année	10 semaines de salaire
Par année supplémentaire	1 semaine supplémentaire

Assurance d'indemnités journalières en cas de maladie

Comme déjà indiqué dans le chapitre sur l'assurance-maladie, les employeurs peuvent conclure une assurance d'indemnités journalières en cas de maladie selon la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) ou selon la loi sur le contrat d'assurance (LCA), qui peut aussi servir à couvrir la maternité. Cette assurance est facultative, mais elle présente des avantages pour les travailleuses. Généralement, les primes de l'assurance d'indemnités journalières sont payées pour moitié par

l'employeur et pour moitié par les travailleurs. Pour ce qui est de la maternité, il faut toutefois conclure l'assurance d'indemnités journalières avant la grossesse. Les prestations selon la LAMal sont versées durant seize semaines, dont huit au moins après l'accouchement. Si une assurance d'indemnités journalières selon la LCA a été conclue, ces exigences relevant du droit des assurances sociales tombent. Les clauses d'assurance et les accords contractuels sont déterminants.

Depuis 2005, l'allocation de maternité selon la loi sur les allocations pour perte de gain prime sur les assurances d'indemnités journalières selon la LAMal. Des contrats d'allocations pour perte de gain peuvent être conclus en complément à l'allocation de maternité, à condition qu'il n'y ait pas surindemnisation.

Une brochure d'information sur la protection des travailleuses en cas de maternité est disponible sur le site du Secrétariat d'Etat à l'économie (SECO), www.seco.admin.ch. Par ailleurs, les greffes des conseils de prud'hommes renseignent sur la protection de la maternité.

Les allocations familiales

Avec l'entrée en vigueur de la loi fédérale sur les allocations familiales (LAFam), des montants minimaux ont été fixés pour toute la Suisse : l'allocation pour enfant s'élève à 200 francs au minimum et l'allocation de formation professionnelle à 250 francs au minimum par enfant et par mois.

AF | Les assurés : obligation de s'affilier

Tous les employeurs et tous les indépendants ont l'obligation de s'affilier à une caisse de compensation pour allocations familiales (CAF). Ils doivent s'affilier soit à la CAF gérée par la caisse de compensation AVS de leur association, soit à une autre CAF professionnelle, soit enfin à la caisse cantonale de compensation pour allocations familiales. Tous les employés et tous les indépendants ont droit aux allocations familiales.

Les personnes sans activité lucrative ont également droit aux allocations familiales, à condition que leur revenu ne dépasse pas 42 300 francs par année. En règle générale, elles ne paient toutefois pas de cotisations.

Les agriculteurs indépendants, les travailleurs agricoles, les exploitants d'alpage et les pêcheurs professionnels ont droit aux allocations familiales en vertu de la loi fédérale sur les allocations familiales dans l'agriculture (LFA).

AF | Ayants droit

Le droit de percevoir des allocations familiales dépend de la situation professionnelle. Toutes les personnes exerçant une activité lucrative y ont droit (même les salariés dont l'employeur n'est pas tenu de payer des cotisations). La caisse de compensation pour allocations familiales compétente est celle à laquelle l'employeur, le salarié dont l'employeur n'est pas tenu de payer des cotisations ou l'indépendant est affilié. Peuvent également toucher des allocations familiales les personnes sans activité lucrative ayant un revenu modeste. Les agriculteurs indépendants ainsi que les travailleurs agricoles ont aussi droit aux allocations.

Définition de la notion de formation

Le Conseil fédéral a défini dans le règlement sur l'assurance-vieillesse et survivants (RAVS) les conditions auxquelles une jeune personne est considérée comme étant en formation. La notion de formation est importante pour l'ouverture du droit aux rentes d'orphelin et pour enfant versées entre 18 et 25 ans, ainsi qu'aux allocations de formation professionnelle pour les jeunes entre 16 et 25 ans. Un enfant est réputé en formation

- s'il suit une formation régulière reconnue *de jure* ou *de facto* à laquelle il consacre la majeure partie de son temps et par laquelle il se prépare systématiquement à un diplôme professionnel ou obtient une formation générale qui sert de base en vue de différentes professions ;

- s'il profite de solutions transitoires d'occupation telles que les semestres de motivation et les préapprentissage, les séjours au pair et les séjours linguistiques, pour autant qu'ils comprennent une partie de cours.

L'enfant n'est pas considéré en formation si son revenu d'activité lucrative mensuel moyen est supérieur à la rente de vieillesse complète maximale de l'AVS (2350 francs).

AF | Les cotisations

Les employeurs et les indépendants paient des cotisations à la caisse de compensation pour allocations familiales à laquelle ils sont affiliés. Les cotisations sont dues même si aucun des salariés n'a d'enfants ou si l'indépendant n'a pas d'enfant donnant droit aux allocations familiales. Leur taux s'élève, selon les caisses, de 0,3 à 3,63 % de la masse salariale. En Valais, les employés paient eux aussi une cotisation, de 0,3 % de leur salaire soumis à l'AVS. Les allocations familiales dans l'agriculture, ainsi que celles pour les personnes n'exerçant pas d'activité lucrative sont essentiellement financées par les pouvoirs publics.

AF | Les prestations

Allocations familiales selon la LAFam

- Allocation pour enfants de 200 francs par mois au minimum pour les enfants jusqu'à l'âge de 16 ans.
- Allocation de formation professionnelle de 250 francs par mois au minimum pour les enfants de 16 à 25 ans qui suivent une formation.
- Certains cantons versent des montants plus élevés et certains ont introduit une allocation de naissance et une allocation d'adoption.

Pour plus d'informations : [www.ofas.admin.ch / Assurances sociales / Allocations familiales](http://www.ofas.admin.ch/Assurances_sociales/Allocations_familiales)

Allocations familiales dans l'agriculture selon la LFA

- Allocation pour enfant de 200 francs par mois et allocation de formation professionnelle de 250 francs par mois versées aux agriculteurs indépendants, aux travailleurs agricoles, aux exploitants d'alpage et aux pêcheurs professionnels. En région de montagne, ces montants sont majorés de 20 francs.
- Allocation de ménage de 100 francs par mois aux travailleurs agricoles.

AF | Durée du droit

Le droit aux allocations familiales naît et expire en principe avec le droit au salaire. Pour les indépendants, il naît au début de l'activité indépendante et expire à la fin de celle-ci. En cas d'accident, de maladie, de grossesse ou de service militaire, ainsi qu'en cas de congé non payé ou de décès, les allocations sont versées, dès le début de l'empêchement de travailler, pendant le

mois en cours et les trois mois suivants, même si le droit légal au salaire a pris fin. Pendant un congé de maternité, les allocations familiales sont versées pendant seize semaines au maximum.

AF | L'application

Les caisses de compensation pour allocations familiales décident (sur demande) de l'octroi d'allocations familiales. Elles établissent le décompte des allocations familiales et des cotisations avec l'employeur et l'indépendant. Les allocations familiales sont en général versées par l'employeur aux salariés, en même temps que le salaire.

Les allocations familiales dans l'agriculture, ainsi que les allocations familiales pour les personnes sans activité lucrative, sont traitées par les caisses de compensation pour allocations familiales cantonales et par leurs agences.

AF | Adresses

Caisses de compensation pour allocations familiales gérées par les caisses de compensation AVS des cantons et des associations professionnelles : leurs adresses se trouvent sur Internet à l'adresse suivante : [www.avs-ai.ch / Contacts](http://www.avs-ai.ch/Contacts)

Office fédéral des assurances sociales (OFAS) : informations sur les allocations familiales cantonales [www.ofas.admin.ch / Assurances sociales / Allocations familiales](http://www.ofas.admin.ch/Assurances_sociales/Allocations_familiales)

AF | Dispositions légales

[Loi fédérale sur les allocations familiales \(LAFam\)](#)

[Loi fédérale sur les allocations familiales dans l'agriculture \(LFA\)](#)

Dispositions particulières pour les agriculteurs

Les agriculteurs indépendants et les travailleurs agricoles ont droit aux allocations selon la loi fédérale sur les allocations familiales dans l'agriculture (LFA). Il est ainsi possible de favoriser financièrement les personnes travaillant dans l'agriculture qui ont des charges de famille.

Agriculteurs | Les assurances sociales

AVS | AI | APG

Décompte selon le droit fiscal pour les agriculteurs indépendants et les membres de leurs familles. Les travailleurs agricoles passent par la caisse de compensation de leur canton de domicile, ou par la caisse de compensation AVS de l'industrie laitière, à Berne (n° 78).

AC

Les collaborateurs sont normalement assurés dans le cadre de l'assurance. Les agriculteurs indépendants ne sont pas assurés et ne paient donc pas de cotisations. Sont également dispensés de payer des cotisations à l'assurance-chômage et donc exclus de la protection d'assurance les membres de la famille de l'exploitant qui travaillent dans l'exploitation agricole au sens de l'art. 1a, al. 2, let. a et b, LFA et sont assimilés à des agriculteurs indépendants (art. 2, al. 2, let. b, LACI).

En ce qui concerne l'indemnité en cas d'intempéries, celle-ci peut être versée aux seules exploitations viticoles, plantations et exploitations fruitières ou maraîchères, lorsque les travaux saisonniers ne peuvent pas s'effectuer normalement en raison d'une sécheresse inhabituelle ou de pluies intempestives (art. 65, al. 3, OACI). Mais il n'y a pas droit à l'indemnité en cas d'intempéries lorsque, pour l'agriculture, il s'agit de pertes normales pour la saison (art. 43a, let. b, LACI).

LAA

Les agriculteurs indépendants et les membres de leurs familles en ligne directe – ascendante ou descendante – ainsi que les gendres et les belles-filles de l'exploitant qui, selon toute vraisemblance, reprendront l'entreprise pour l'exploiter personnellement, de même que les membres de la famille qui collaborent à l'exploitation sans toucher de salaire en espèces ni verser de cotisations AVS, sont libérés de l'obligation de s'assurer (art. 2 OLAA). Les autres collaborateurs doivent être assurés selon la LAA.

LPP

Les agriculteurs indépendants et les membres de leurs familles en ligne directe – ascendante ou descendante – ainsi que leur conjoint ou leur partenaire enregistré et les gendres et les belles-filles de l'exploitant qui, selon toute vraisemblance, reprendront l'entreprise pour l'exploiter personnellement, sont libérés de l'obligation de s'assurer (art. 1j, al. 1, let. e, OPP2). Les autres employés doivent s'assurer selon la LPP.

LAMal

Tous sont soumis à l'obligation de s'assurer.

LFA

La loi fédérale sur les allocations familiales dans l'agriculture ne s'applique qu'aux exploitations agricoles, aux exploitants d'alpage et aux pêcheurs professionnels.

Agriculteurs | Les assurances recommandées

Les agriculteurs ont eux aussi intérêt à conclure certaines assurances complémentaires facultatives. Les assurances suivantes revêtent une importance particulière pour eux :

Responsabilité civile d'entreprise

A recommander absolument (dommages à l'environnement) avec une couverture d'assurance d'au moins 3 millions de francs, si possible en incluant les machines louées ou prêtées.

Assurance-accidents collective

Cette assurance couvre également les auxiliaires qui ne touchent pas de salaire (en cas de recours des caisses-maladie des personnes victimes d'un accident, par exemple dans le cas de personnes aidant à la cueillette des cerises).

3^e pilier

Les agriculteurs indépendants ne sont pas soumis à l'obligation de s'affilier à une caisse de pensions au titre du 2^e pilier. Mais ils ont besoin d'une assurance complémentaire couvrant les risques de vieillesse, d'invalidité et de décès. Les cotisations sont déductibles fiscalement jusqu'à un montant total de 33 840 francs par an (état 2017).

Assurance de bris de machines

Cette assurance est à recommander pour les grandes exploitations dans lesquelles les machines agricoles jouent un rôle essentiel. Elle couvre en général les frais de réparation, de remplacement et de perte d'exploitation.

Les assurances complémentaires

En plus des assurances sociales, les indépendants ont intérêt à conclure un certain nombre d'autres assurances. Les compagnies suisses d'assurances en distinguent trois catégories.

Assurances complémentaires | L'assurance de choses

Elle assure les objets matériels – par exemple les automobiles (assurance casco), l'inventaire de ménage, les bâtiments et les installations, les machines, l'inventaire de commerce, etc. – contre la destruction ou la perte par le feu et/ou les éléments naturels, le vol, l'eau ou toute autre cause violente.

Assurances complémentaires | L'assurance de personnes

Elle permet aux personnes de faire face aux conséquences financières d'une maladie, d'un accident ou d'un accouchement. Elles fournissent des prestations en espèces (remboursement de factures de médecin et d'hôpital, versement d'indemnités journalières, de rentes, etc.) et des prestations en nature (prothèses, lunettes, etc.).

Assurances complémentaires | L'assurance de patrimoine

Ce type d'assurances protège les personnes (physiques ou morales) contre une perte de patrimoine résultant d'un dommage causé par des tiers dont elles peuvent être rendues responsables. Exemple : un accident de la circulation entraîne généralement des dommages à des choses et à des personnes tierces. C'est l'assurance responsabilité civile qui couvre ces dommages. Le patrimoine de la personne qui a causé l'accident est ainsi protégé.

Les assurances mentionnées sont parfois obligatoires (par exemple l'assurance-incendie des bâtiments, l'assurance-maladie et l'assurance responsabilité civile d'entreprise pour les entreprises exploitant des véhicules à moteur d'après l'art. 71 de la loi fédérale sur la circulation routière). Mais dans la plupart des cas, ces assurances sont facultatives. Elles n'en sont pas moins vitales pour la majorité des entreprises. La direction doit donc bien réfléchir aux assurances complémentaires, afin de ne pas s'exposer à des risques financiers inutiles.

Assurances complémentaires | La responsabilité civile d'entreprise et la responsabilité civile professionnelle

Les assurances responsabilité civile d'entreprise ne sont pas toutes obligatoires, mais les entrepreneurs ne peuvent s'en passer. Elles ont le même but que l'assurance responsabilité civile privée. Les assurances responsabilité civile professionnelle couvrent les prétentions en responsabilité liées à l'exercice d'une profession. Elles ne sont pas non plus obligatoires, mais à recommander pour la couverture de risques spéciaux dans certaines catégories professionnelles. Les assurances responsabilité civile d'entreprise et professionnelle distinguent trois types de risques.

Le risque découlant des installations

Il s'agit dans ce cas des installations d'une exploitation. Le seul fait de posséder des équipements peut causer divers dommages à des tiers : dégâts d'eau et pollution de l'air par exemple, à la suite d'une fuite dans un réservoir ou dans une conduite, etc.

Le risque d'exploitation

L'utilisation d'équipements ou d'installations sert avant tout à réaliser des bénéfices. Tant que l'exploitation fonctionne, rien ne s'y oppose en principe. Par contre, divers facteurs techniques ou naturels peuvent exercer une influence négative. Les pannes qui en résultent sont couvertes par une assurance de choses (assurance d'interruption d'exploitation). Il en va tout autrement lorsque des personnes sont blessées ou tuées du fait de l'exploitation de machines ou d'équipements : c'est alors l'assurance responsabilité civile d'entreprise et professionnelle qui intervient.

La responsabilité du fait des produits

La loi fédérale sur la responsabilité du fait des produits a accru l'importance de l'assurance responsabilité civile d'entreprise ou professionnelle. Avant l'introduction de cette loi, le fardeau de la preuve était à la charge de la victime du dommage. Les cas où les tribunaux accordaient des dommages et intérêts à des personnes victimes d'un produit défectueux étaient rares. Depuis 1994, le fardeau de la preuve repose sur le producteur ou le fabricant : c'est à lui qu'il incombe de prouver que son produit n'a pas causé de dommages (comme le prévoit également la norme européenne).

Loi sur la responsabilité du fait des produits

Le producteur répond du dommage lorsqu'un produit défectueux cause

- la mort d'une personne ou provoque chez elle des lésions corporelles ;
- un dommage à une chose ou la destruction d'une chose habituellement destinée à l'usage ou à la consommation privés, ou qui a été principalement utilisée à des fins privées par la victime.

Le producteur ne répond pas du dommage causé au produit défectueux.

En Europe, les sommes exigées ne sont souvent pas aussi élevées qu'aux Etats-Unis, car la jurisprudence européenne n'accorde pas la même importance à la notion de réparation. Toutefois, en Europe également, on note une très nette tendance à l'augmentation des prétentions en dommages et intérêts en cas de dommages causés par des produits.

Une entreprise court des risques financiers certains si elle est dépourvue d'assurance responsabilité du fait des produits telle que la contiennent la plupart des assurances responsabilité civile d'entreprise ou professionnelle en Suisse. Les médecins, les dentistes, les architectes, les ingénieurs et les avocats sont particulièrement exposés à des risques professionnels spéciaux, car, en règle générale, le produit de leur activité est étroitement lié aux personnes. On constate un accroissement certain du nombre de plaintes contre des médecins et des dentistes accusés de n'avoir pas respecté les règles de leur art. Une erreur de construction de la part d'un architecte ou d'un ingénieur peut leur être fatale. Les avocats de leur côté peuvent provoquer des dégâts financiers considérables s'ils ne respectent pas un délai. C'est pourquoi les membres de ces

catégories professionnelles concluent très souvent des assurances responsabilité civile professionnelle.

L'assurance en cas d'interruption de l'exploitation

Cette assurance couvre les conséquences financières d'une interruption de l'exploitation, généralement à la suite d'un incendie ou de dégâts dus à des forces naturelles, d'une effraction ou de l'arrêt d'une machine. L'indemnisation correspond à un montant convenu dans le contrat et couvre les frais fixes au minimum, mais la perte de bénéfice liée à l'interruption d'exploitation peut également être couverte. Par contre, les conséquences d'actes volontaires tels qu'une grève ou toute autre action délibérée qui provoque l'interruption de l'exploitation ne peuvent normalement pas être assurées.

L'assurance des véhicules à moteur

L'assurance responsabilité civile des véhicules à moteur est obligatoire et couvre les frais qui engagent la responsabilité du détenteur. Une assurance casco facultative couvre également les dommages matériels causés au véhicule. Il est recommandé à tout détenteur de véhicule de contracter au moins une assurance casco partielle. Celle-ci couvre en principe les dommages dus au feu, aux forces naturelles, au vol, au bris de glaces, ainsi que les collisions avec des animaux sur les routes ouvertes à la circulation.

L'assurance des véhicules à moteur comporte trois types d'assurance :

- l'assurance responsabilité civile (obligatoire),
- l'assurance casco ou casco partielle (obligatoire pour les véhicules en leasing),
- l'assurance des occupants (superflue depuis que l'assurance-maladie est devenue obligatoire).

L'assurance responsabilité civile est obligatoire pour tous les véhicules en Suisse, y compris les bicyclettes. Le type d'assurance casco à recommander diffère selon les entreprises. Une assurance casco totale est généralement conclue pour les deux premières années. Quant à l'assurance-accidents des occupants, elle ne se justifie plus depuis l'introduction de l'assurance-maladie obligatoire (toute personne domiciliée en Suisse doit s'assurer contre la maladie et les accidents).

L'assurance de choses

Cette assurance est nécessaire pour les choses qui sont fortement exposées à un risque. C'est l'assurance dont on peut se passer le plus facilement. La perte liée à un incendie, à des forces naturelles, à un vol ou à des dégâts d'eau peut être estimée et budgétisée en francs. Il en va tout autrement pour l'assurance d'interruption de l'exploitation qui, le plus souvent, est intégrée à l'assurance de choses (voir l'assurance en cas d'interruption de l'exploitation ainsi que les assurances responsabilité civile d'entreprise et professionnelle).

Cas concrets

Les premiers pas vers l'indépendance

Vous avez décidé de créer votre entreprise. Plutôt que de fonder une société anonyme ou une S.à.r.l., vous préférez commencer par une entreprise individuelle. Jusqu'ici, vous étiez employé. Pour les assurances sociales tout comme pour les impôts, vous exerciez une activité lucrative dépendante. C'est la caisse de compensation de l'AVS qui décide si l'activité dans laquelle vous envisagez de vous lancer à votre compte est reconnue comme telle.

Pour en savoir plus, adressez-vous à la caisse de compensation cantonale ou à la caisse de compensation de l'association représentant votre profession ou votre branche.

Immatriculation auprès de la caisse de compensation

L'AVS reconnaît en principe qu'une activité est exercée à titre d'indépendant lorsque la personne qui l'exerce le fait à son propre compte, en assume les risques et utilise sa propre infrastructure (bureau, appareils, adresse, etc.) pour plusieurs clients. Le fait de s'occuper de la comptabilité d'une seule entreprise en ayant son bureau sur place n'est pas reconnu comme une activité indépendante.

Une fois le changement de statut opéré par la caisse de compensation, vous êtes considéré partout comme indépendant pour l'activité en question.

Comment êtes-vous assuré ?

En tant qu'indépendant, vous restez assuré à l'AVS et à l'AI et vous pouvez demander une allocation pour perte de gain lorsque vous faites votre service militaire ; depuis le 1^{er} juillet 2005, le régime des allocations pour perte de gain verse aussi un revenu de remplacement aux mères.

Vous n'êtes plus soumis à l'affiliation obligatoire pour les autres assurances. Nous vous recommandons toutefois de souscrire une assurance contre les accidents au sens de la LAA.

Il est bon d'envisager également de conclure une assurance d'indemnités journalières en cas de maladie, qui vous permettra de toucher une indemnité en cas d'incapacité de travail due à une maladie et vous aidera à assumer vos charges. Vous pouvez aussi, dans certaines conditions, constituer un 2^e pilier. Le 3^e pilier de la prévoyance vieillesse vous est également ouvert ; vous pouvez y faire des versements non imposables à concurrence d'un certain montant.

Indépendance et assurance-chômage

Les indépendants n'ont pas droit, en principe, à l'assurance-chômage. Ils ne peuvent faire valoir un droit à une indemnité que lorsqu'ils ont cotisé à l'assurance-chômage pendant une période minimale de douze mois dans le cadre d'une activité salariée. Cette période de cotisation doit avoir eu lieu dans les deux ans précédant la période de chômage.

Si vous vous trouvez au chômage et souhaitez vous installer durablement à votre compte, vous pouvez en revanche bénéficier d'indemnités journalières de l'assurance-chômage. Vous devez pour cela vous trouver au chômage sans faute de votre part, avoir 20 ans au moins et présenter une esquisse de projet (ou un projet élaboré) d'activité indépendante économiquement viable à

long terme. Si vous remplissez ces conditions, vous avez droit au plus à 90 indemnités journalières pendant la phase de planification de votre activité indépendante.

Prestations en cas de service militaire

Les indépendants perçoivent une allocation lorsqu'ils font leur service militaire en vertu de la loi sur les allocations pour perte de gain. Son montant est fonction de leur revenu. L'allocation de base est de 62 à 196 francs par jour.

Comme les salariés, les indépendants reçoivent pendant leur service un questionnaire du comptable de leur unité, sur lequel ils indiquent le nombre des jours de service accomplis. Le questionnaire doit être rempli et renvoyé à la caisse de compensation compétente. Celle-ci calcule le montant de l'allocation et la verse à l'indépendant.

L'entreprise engage du personnel

Vous faut-il une autorisation pour engager du personnel ?

En tant qu'indépendant ou que gérant d'une personne morale (SA, S.à.r.l., coopérative, etc.), vous êtes libre d'engager du personnel en tout temps. S'il s'agit d'une personne de nationalité étrangère, vous devrez vous informer sur ce point : un permis de travail est-il requis ? Vous n'avez aucune demande à faire pour les étrangers titulaires d'un permis d'établissement (permis C).

Renseignez-vous auprès des autorités cantonales compétentes.

Quelles sont les dispositions juridiques à respecter ?

Votre entreprise est peut-être soumise à une convention collective de travail ou vous avez adhéré volontairement à une convention collective. Il vous faut alors impérativement respecter toutes les dispositions fixées dans cette convention. Il existe des conventions collectives dans de nombreuses branches, comme l'hôtellerie et le bâtiment.

Pour en savoir plus sur la teneur des conventions collectives, contactez votre association professionnelle, les syndicats, l'Office cantonal du travail, ou encore le Secrétariat d'Etat à l'économie (SECO), à Berne.

A quoi faut-il être attentif concernant les assurances sociales ?

Si la personne que vous engagez n'a pas de numéro d'assuré, il faut demander à la caisse de compensation AVS compétente qu'un numéro lui soit attribué et qu'un certificat d'assurance lui soit remis. Les personnes exerçant simultanément une activité salariée dans un Etat de l'UE ou de l'AELE doivent faire clarifier leur assujettissement aux assurances sociales en s'informant auprès de la caisse de compensation.

Doivent être déclarés à une caisse de pensions les employés dont le salaire dépasse 21 150 francs par an (état 2017) et dont le contrat de travail est de durée indéterminée ou de plus de trois mois. Vous êtes libre d'opter pour la caisse de pensions de votre choix. Attention : lorsqu'il est convenu d'une période d'essai, l'obligation d'assurance s'applique dès que le travailleur entre en fonction.

La première personne à assurer d'une entreprise doit être immédiatement annoncée à une assurance-accidents (les salariés de certaines entreprises sont obligatoirement affiliés à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents [CNA]). Il n'est pas nécessaire d'annoncer spécialement à l'assurance-accidents les personnes engagées par la suite (le salaire global de cette personne sera pris en compte dans la déclaration annuelle des salaires).

Quoi d'autre ?

Vérifiez que vous disposez d'une assurance d'indemnités journalières en cas de maladie. La loi prévoit en effet une obligation de poursuite du paiement du salaire en cas de maladie et de grossesse. Cette obligation peut être remplacée par une indemnité de même montant, versée sur la base d'un contrat conclu auprès d'une compagnie d'assurance.

Tous les salariés qui travaillent au moins huit heures par semaine pour le même employeur sont également assurés contre les accidents non professionnels et peuvent donc demander à leur assureur-maladie de suspendre la couverture accidents.

Qui fait quoi et quand ?

Que faut-il faire une fois la personne engagée ?

La première chose à faire est d'enregistrer les données personnelles de votre nouvel employé sur la base de son certificat d'assurance ou de sa carte d'assurance-maladie. Cette identification est nécessaire en vue du décompte annuel des salaires. S'il ne dispose ni de l'un ni de l'autre, veuillez vous adresser à votre caisse de compensation pour qu'un certificat lui soit délivré.

Il vous faut également déclarer l'employé à la caisse de pensions si son contrat de travail a été conclu pour plus de trois mois ou pour une durée indéterminée et qu'il perçoit un salaire annuel de plus de 21 150 francs (état 2017).

A qui les salaires doivent-ils être déclarés ?

Il vous faut communiquer le montant présumé du salaire à la caisse de compensation. Les acomptes sont prélevés en fonction de ce montant. Une variation sensible en cours d'année de ce montant doit être annoncée au plus tôt à la caisse de compensation afin que celle-ci adapte les acomptes de cotisations. A la fin de l'année, mais au plus tard jusqu'au 31 janvier de l'année suivante, vous devez déclarer le montant exact du salaire, après quoi la caisse de compensation peut calculer le montant exact des cotisations. Il en va de même, en principe, pour l'assurance-accidents. Les petites entreprises ayant une masse salariale modeste peuvent bénéficier d'une procédure de décompte simplifiée (voir p. 23).

Il vous faut communiquer à la caisse de pensions au début de l'année ou le jour où le nouvel employé commence à travailler le montant présumé de son salaire. L'assurance repose sur cette indication. Lorsque le taux d'occupation change ou que le salaire est augmenté, il faut en informer la caisse de pensions pour voir s'il y a lieu de procéder à une mutation. Tel est le cas, en pratique, lorsque le salaire assuré change de plus ou moins 10 %.

Qui paie les cotisations ?

Les cotisations AVS/AI/APG et AC sont payées pour moitié par l'employeur et pour moitié par l'employé. Les cotisations versées à la caisse de pensions sont, en règle générale, également assumées pour moitié par l'employeur et pour moitié par l'employé, mais il peut être convenu d'une autre répartition, plus favorable à l'employé.

Les cotisations AF sont à la charge de l'employeur (exception : en Valais, les employés participent également au financement).

Les cotisations à l'assurance obligatoire contre les accidents professionnels sont à la charge de l'employeur. Celles de l'assurance couvrant les accidents non professionnels peuvent être déduites du salaire de l'employé.

Lorsqu'une assurance d'indemnités journalières en cas de maladie a été conclue et que ses prestations s'étendent au-delà de la durée prescrite par la loi, les primes peuvent être réparties pour moitié entre l'employeur et l'employé. Tel est le cas lorsqu'une indemnité journalière de 80 % du salaire est assurée.

L'employé ne paie jamais directement ses cotisations sociales. Elles sont déduites de son salaire par l'employeur et virées aux assurances.

Que faut-il observer en cas de résiliation du contrat de travail ?

Seule la caisse de pension doit être informée du départ de l'employé. Elle calcule ensuite le montant de la prestation de libre passage et la verse à la nouvelle institution de prévoyance ou, selon les instructions de l'employé concerné, sur un compte ou une police de libre passage. A l'échéance de son contrat de travail, l'employé est protégé contre les risques de décès et d'invalidité pendant encore un mois. Aucune déclaration particulière ne doit être faite auprès des autres assurances sociales.

Il faut signaler à l'employé quittant son poste qu'il peut, dans les domaines de l'assurance-accidents et de l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie, souscrire une assurance individuelle. Il paie alors ses cotisations lui-même.

Si l'employé qui quitte l'entreprise s'annonce à l'assurance-chômage afin d'en percevoir les prestations, l'employeur est tenu de renseigner l'assurance conformément à la vérité (art. 20, al. 2, et 88 LACI ; art. 28 LPGA). Il doit en particulier remettre à l'assuré, sur sa demande, une attestation de travail dans un délai d'une semaine.

Quoi de particulier pour les indépendants ?

Les indépendants ne touchent pas de salaire, leur revenu résulte du gain que leur procure leur activité. Les cotisations qu'ils versent à la caisse de compensation pour l'AVS, l'AI et les APG sont donc fonction de leur revenu annuel, qui est communiqué à la caisse de compensation par l'administration fiscale. Il vous faut communiquer le montant probable du revenu de l'année de cotisation à la caisse de compensation. Les acomptes sont prélevés en fonction de ce montant. Une variation sensible en cours d'année du revenu probable doit être signalée au plus tôt à la caisse de compensation afin que celle-ci adapte les acomptes de cotisations.

Le montant des cotisations que doit payer l'indépendant qui s'affilie à une caisse de pension ou qui souscrit une assurance-accidents ou une assurance d'indemnités journalières en cas de maladie, est fonction du revenu présumé qu'il déclare. Aucun décompte n'est fait, généralement, sur la base de ses revenus effectifs.

Un employé tombe malade

Quel salaire faut-il lui verser ?

Lorsqu'un employé tombe malade, il est en droit de percevoir son salaire ou des indemnités journalières, selon les modalités fixées dans son contrat de travail. Si rien n'a été convenu, l'obligation pour l'employeur de continuer à verser le salaire est régie par la loi, celle-ci laissant au juge le soin de décider de la durée de cette obligation. C'est ainsi que sont nées les échelles dites de Berne, de Bâle et de Zurich, qui règlent la durée de versement du salaire en fonction de celle du rapport de travail.

Des indemnités journalières à la place du salaire

Si vous avez souscrit, sur la base d'un accord écrit, d'un contrat-type de travail ou d'une convention collective, une assurance d'indemnités journalières pour votre société, aucun salaire ne doit être versé à partir du moment où le montant des indemnités journalières versées est au moins équivalent au salaire dû. Ces indemnités ne sont pas un salaire, c'est pourquoi aucune déduction ne doit être faite pour les assurances sociales. Toutefois, si votre société continue de verser le salaire intégral et qu'elle touche les indemnités journalières, les cotisations sociales doivent continuer à être déduites sur la différence. Lors de la déclaration du montant du salaire annuel aux différentes assurances sociales (AVS, LAMal), il faut garder en mémoire que les indemnités journalières versées à l'assuré ne sont pas déclarées comme salaire.

Par ailleurs, une absence d'activité de longue durée peut avoir des répercussions au niveau de l'AVS ; il est recommandé à l'employé de se renseigner auprès de la caisse de compensation.

Le cas particulier de la caisse de pension

Les cotisations de la caisse de pension sont dues sur le salaire soumis à l'AVS. Lorsqu'aucun salaire n'est versé, de nombreuses caisses de pension prévoient des dispositions spéciales dans leur règlement. En règle générale, une exemption de cotisations intervient au bout de trois mois en cas d'incapacité de travail de longue durée. Renseignez-vous auprès de votre caisse de pension !

Licenciement pendant une incapacité de travail ?

Lorsqu'une personne est dans l'incapacité de travailler, elle est protégée contre le licenciement pendant un certain temps. Lorsque le rapport de travail a duré moins d'un an et que la période d'essai est écoulée, une personne ne peut être licenciée pendant les 30 premiers jours lorsqu'elle tombe malade ou a un accident indépendant de sa volonté. De la 2^e à la 5^e année de service, ce délai est de 90 jours, à partir de la 5^e année de 180 jours. Ces délais ne sont pas les mêmes que pour la poursuite du versement du salaire selon la loi ou le contrat de travail, qui est souvent moins longue.

Soutien de l'AI à la réinsertion

S'il semble qu'un collaborateur risque de se retrouver longtemps en incapacité de travail par suite d'une maladie, n'hésitez pas à vous adresser à votre office AI (voir p. 28-29)

Une employée est enceinte

Est-elle obligée de travailler ?

Vous ne pouvez faire travailler une collaboratrice enceinte qu'avec son accord. Sur simple avis, une femme enceinte peut se dispenser d'aller au travail ou le quitter. Dans ces cas, les absences ne sont pas payées. Seules les femmes enceintes qui sont dans l'incapacité de travailler pour des raisons médicales ont droit à leur salaire.

Il vous est interdit de licencier une employée enceinte, une fois sa période d'essai écoulée, pendant toute la durée de sa grossesse et les seize semaines suivant son accouchement. Les femmes enceintes et les mères ont quant à elles le droit de démissionner pendant cette période.

Interdiction de travailler

L'employée a l'interdiction de travailler pendant les huit semaines suivant son accouchement, même si elle le souhaite expressément. Elle n'a pas à présenter de certificat médical.

Allocation de maternité

Depuis 2005, les femmes ont droit non seulement à un congé de maternité de quatorze semaines selon le Code des obligations, mais aussi à une allocation de maternité selon la loi sur les allocations pour perte de gain. Durant quatorze semaines, elles reçoivent 80 % du revenu moyen de l'activité lucrative qu'elles exerçaient avant la naissance, mais au maximum 196 francs par jour. Le droit s'éteint plus tôt si le travail est repris avant que les quatorze semaines ne soient écoulées. Les dispositions plus généreuses figurant dans des conventions collectives de travail sont maintenues. L'employeur ne peut pas raccourcir ou compenser par un congé prénatal le congé de maternité de quatorze semaines prévu par le Code des obligations. Il ne peut pas non plus réduire les vacances d'une salariée en raison de ce congé de maternité.

Un employé part au service militaire

L'employé qui a reçu un ordre de marche ou une convocation du service civil ou de la protection civile, obligatoire ou volontaire, doit être libéré par l'entreprise pendant toute la durée de ce service. Par ailleurs, une personne qui fait son service militaire obligatoire ou accomplit un autre type de service ne peut être licenciée pendant toute la durée de ce service. Lorsque cette prestation dure plus de douze jours, elle ne peut être licenciée dans les quatre semaines qui précèdent et qui suivent.

Quel est le salaire dû ?

L'employé qui fait son service continue d'être payé. La durée de l'obligation faite à l'employeur de lui verser son salaire est fonction de la durée du rapport de travail. C'est la même échelle qui s'applique qu'en cas de maladie ou d'accident. L'employeur n'a pas, en revanche, à assumer l'intégralité du salaire : il bénéficie d'une participation aux coûts salariaux en vertu du régime des allocations pour perte de gain.

Maladie ou accident pendant le service militaire

L'employé qui tombe malade ou a un accident pendant la durée de son service militaire, de son service civil ou de ses jours de protection civile est couvert par l'assurance militaire. Les prestations de cette dernière sont complètes et correspondent largement à celles de l'assurance-accidents ou de l'assurance-maladie. Aucune cotisation n'est perçue pour l'assurance militaire.

Les personnes soumises à la loi sur l'assurance militaire pendant plus de 60 jours consécutifs peuvent faire suspendre l'assurance-maladie pour la durée du service.

Un employé est victime d'un accident

L'employé est obligatoirement assuré contre les accidents du travail. S'il travaille au moins huit heures par semaine, il est également assuré contre les accidents non professionnels. L'employeur informe l'assureur compétent de l'accident. Il s'agit de la CNA pour les entreprises qui lui sont affiliées, des compagnies d'assurance privées, des caisses d'assurance-accidents publiques et des caisses-maladie reconnues.

Quelles sont les prestations de l'assurance-accidents ?

L'assurance-accidents verse une indemnité journalière pour chaque jour civil à partir du 3^e jour qui suit l'accident. Cette indemnité s'élève à 80 % du revenu assuré lorsqu'il y a incapacité de travail totale.

Par ailleurs, l'assurance-accidents finance le traitement médical et, le cas échéant, une rente d'invalidité. De même, elle peut verser une indemnité pour atteinte à l'intégrité, une allocation pour impotence ou une rente de survivants en cas de décès.

Qui perçoit l'indemnité ?

L'indemnité journalière de 80 % du revenu assuré est versée par l'assurance-accidents. L'employeur est tenu de reverser au minimum ce pourcentage à l'employé accidenté. Cette indemnité journalière n'est pas soumise à l'AVS.

Incapacité de travail de longue durée

En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'employé est généralement exempté de cotisation au bout de trois mois par les caisses de pension. L'employeur informe la caisse de pension de l'accident.

Aucune déclaration particulière ne doit être faite pour les autres assurances sociales ; les cotisations sont revues à la fin de l'année en fonction des salaires versés. Par ailleurs, une absence d'activité de longue durée peut avoir des répercussions au niveau de l'AVS. De ce fait, il est recommandé à l'employé de se renseigner auprès de la caisse de compensation.

Est-il possible de licencier une personne victime d'un accident ?

L'employé qui se retrouve dans l'incapacité de travailler à la suite d'un accident est protégé contre le licenciement, comme en cas de maladie ou de grossesse. La protection légale contre le licenciement est de 30 jours pour les rapports de travail ayant duré moins d'un an, après la période d'essai, de 90 jours de la 2^e à la 5^e année de service et de 180 jours à partir de la 6^e année de service. Passé ce délai, l'employé peut être licencié même s'il est encore dans l'incapacité de travailler.

Soutien de l'AI à la réinsertion

S'il semble qu'un collaborateur risque de se retrouver longtemps en incapacité de travail suite à un accident, n'hésitez pas à vous adresser à votre office AI (voir p. 28-29).

L'entreprise doit réduire ou suspendre le travail

Lorsqu'une entreprise doit réduire temporairement l'horaire de travail ou cesser totalement le travail, pour des motifs économiques indépendants de sa volonté, l'employé a droit à une indemnité de l'assurance-chômage. La réduction ou l'interruption du travail doit être temporaire, donc non durable, et le versement de l'indemnité en cas de réduction de l'horaire de travail doit permettre de préserver des emplois.

Qui a droit à cette indemnité ?

L'indemnité en cas de réduction de l'horaire de travail est versée à l'employeur, indépendamment du droit de chaque employé à une indemnité de chômage. Elle est donc également versée pour des personnes qui n'ont pas droit, elles-mêmes, à une prestation de l'assurance-chômage, en cas de chômage complet faute d'avoir accompli la période de cotisation minimale ou en raison de leur statut de frontaliers ou de saisonniers.

N'ont pas droit à cette indemnité les personnes dont le contrat de travail a été résilié ou qui n'acceptent pas la réduction du temps de travail, ni celles qui déterminent ou peuvent influencer de manière déterminante les décisions de la société parce qu'elles en sont administratrices ou actionnaires, ont investi des fonds ou sont membres de l'échelon supérieur de la direction. Il en va de même pour leurs conjoints qui travaillent dans l'entreprise à titre de collaborateur. Il n'y a pas non plus de droit à l'indemnité en cas de réduction de l'horaire de travail si la perte de travail ne peut être déterminée ou si l'horaire de travail n'est pas suffisamment contrôlable. Il faut donc que l'employeur veille à assurer une saisie quotidienne du temps de travail pour chaque travailleur et la conserve pendant cinq ans.

Que verse l'assurance-chômage ?

L'indemnité ne compense pas un manque à gagner, mais la perte de travail concrète des travailleurs. L'indemnité en cas de réduction de l'horaire de travail s'élève à 80 % de la perte de gain imputable. Elle ne peut être versée, en l'espace de deux ans, que pendant douze mois au maximum. Le Conseil fédéral peut, en cas de chômage persistant, augmenter la durée maximale d'indemnisation. Pendant un certain délai de carence, l'employeur doit prendre la perte de travail à sa charge. L'indemnité est versée à l'entreprise qui la reverse à chaque employé touché par l'interruption de travail. Les cotisations sociales sont dues sur cette indemnité. La part patronale des cotisations AVS, AI, APG, AF et AC est bonifiée à l'employeur.

A qui faut-il adresser sa demande d'indemnité ?

L'employeur qui réclame une indemnité en cas de réduction de l'horaire de travail doit adresser sa demande par écrit, au moins dix jours avant le début de la réduction de l'horaire de travail, à l'instance cantonale compétente, généralement l'Office cantonal de l'emploi. Le délai de préavis peut être ramené à trois jours, exceptionnellement, lorsque des circonstances particulières l'exigent. Lorsque cet avis intervient trop tard, la réduction de l'horaire de travail n'est prise en compte qu'après l'expiration du délai prescrit. Le versement de l'indemnité en cas de réduction de l'horaire de travail est effectué par la caisse de chômage choisie par l'employeur. A cette fin,

l'employeur doit faire valoir son droit auprès de la caisse de chômage dans un délai de trois mois à compter de l'expiration de la période de décompte correspondante.

Remarques concernant la procédure

Il existe des formulaires spéciaux pour annoncer une réduction de l'horaire de travail ou faire valoir une indemnité en cas de réduction de l'horaire de travail. L'employeur peut se les procurer auprès de l'instance cantonale compétente, de la caisse de chômage ou sur www.espace-emploi.ch.

L'entreprise ne peut pas travailler en raison du mauvais temps

L'indemnité en cas d'intempéries que prévoit l'assurance-chômage compense la perte de gain des employés de certaines branches qui ne peuvent travailler en raison du mauvais temps. La suspension du travail est considérée comme due aux intempéries lorsque celles-ci rendent le travail techniquement impossible ou économiquement injustifiable, malgré des mesures de protection, ou encore que l'on ne peut raisonnablement attendre des employés qu'ils travaillent dans ces conditions.

Quelles sont les branches concernées ?

Seules certaines branches, délimitées avec précision par la législation, ont droit aux indemnités en cas d'intempéries parce que leur fonctionnement dépend largement du temps.

Il s'agit des branches suivantes : bâtiment et génie civil, charpenterie, taille de pierres et carrières, extraction de sable et de gravier, construction de voies ferrées et de conduites en plein air, aménagements extérieurs, sylviculture, pépinières et extraction de tourbe, extraction de terre glaise et tuilerie, pêche professionnelle, transports – à condition que les véhicules soient utilisés exclusivement pour le transport de matériaux d'excavation ou de construction vers ou à partir de chantiers, ou de matériaux provenant de lieux d'extraction de sable et de gravier –, scieries.

Les employés travaillant dans des exploitations purement viticoles, des plantations et des exploitations fruitières ou maraîchères peuvent également en bénéficier lorsque les travaux saisonniers ne peuvent pas s'effectuer normalement en raison d'une sécheresse ou de pluies inhabituelles.

Qui a droit à une indemnité en cas d'intempéries ?

Tous les employés cotisant à l'assurance-chômage y ont droit, même s'ils n'auraient pas droit à une indemnité de chômage en cas de chômage complet.

Il n'y a pas de droit à l'indemnité lorsque la perte de travail n'est due qu'indirectement au mauvais temps, par exemple lorsque des retards dans la construction d'un bâtiment entraînent un report des travaux de peinture. Il n'y a pas non plus de droit à l'indemnité pour les travailleurs qui effectuent un travail dans l'une des branches concernées, mais qui sont engagés par des entreprises de travail temporaire.

Les personnes qui n'acceptent pas l'interruption du travail n'ont pas droit à des indemnités en cas d'intempéries, ni les personnes qui ont la qualité d'associés, qui ont investi des fonds dans l'entreprise ou qui sont membres des organes dirigeants susceptibles de prendre des décisions fondamentales pour l'entreprise ou de les influencer notablement. Il n'y a pas non plus de droit à l'indemnité en cas d'intempéries si la perte de travail ne peut être déterminée ou si l'horaire de travail n'est pas suffisamment contrôlable. Il faut donc que l'employeur veille à assurer une saisie quotidienne du temps de travail pour chaque travailleur et la conserve pendant cinq ans.

Où faire valoir son droit à une indemnité en cas d'intempéries ?

La demande d'indemnité en cas d'intempéries doit être adressée à l'instance cantonale compétente. Il s'agit généralement de l'Office cantonal de l'emploi. L'employeur peut choisir librement la caisse de chômage qui effectuera le paiement.

Comment faire sa demande ?

La demande doit être faite au plus tard le 5^e jour du mois suivant la suspension du travail au moyen du formulaire prévu à cet effet. Si elle arrive trop tard, sans motif excusable, le droit est différé en fonction du retard. Les indemnités sont payées par la caisse d'assurance-chômage choisie par l'entreprise, l'employeur devant faire valoir son droit auprès de la caisse de chômage dans un délai de trois mois à compter de l'expiration de la période de décompte correspondante.

Quel est le montant de l'indemnité en cas d'intempéries ?

L'indemnité ne compense pas un manque à gagner, mais la perte de travail concrète des travailleurs. Elle s'élève à 80 % de la perte de gain prise en considération, l'employeur devant toutefois prendre d'abord à sa charge un certain délai de carence. L'indemnité est versée à l'entreprise qui la reverse à chaque employé touché par l'interruption de travail. Les cotisations sociales sont dues sur cette indemnité. La part patronale des cotisations AVS, AI, APG, AF et AC est bonifiée à l'employeur.

L'entreprise licencie du personnel

Quels sont les délais de résiliation d'un contrat de travail ?

Lorsqu'aucune disposition particulière n'est prévue par la convention collective de travail ou le contrat de travail, ce sont les délais légaux – définis par le Code des obligations (CO) – qui s'appliquent. Le délai est de sept jours pendant la période d'essai.

Pendant la 1^{re} année de service, il est possible de résilier le contrat pour la fin du mois qui suit.

Lorsque les rapports de travail ont duré plus d'un an, le délai de préavis est de deux mois.

Lorsqu'ils ont duré plus de neuf ans, le délai de préavis est de trois mois.

Il est interdit de licencier une personne malade, victime d'un accident, enceinte ou effectuant son service militaire ; cette interdiction n'a pas la même durée selon la longueur du rapport de travail.

Un contrat de travail peut être résilié à tout moment d'un commun accord entre l'employé et l'employeur. Les cotisations sociales sont dues jusqu'à la fin du rapport de travail.

Quelles sont les obligations de l'employeur ?

Lorsque l'employeur licencie un employé, il doit le communiquer à la caisse de pension, qui doit également être informée de ce qu'elle doit faire de la prestation de libre passage. Si l'employé touchait des allocations familiales, il faut également informer dans les dix jours ouvrables la caisse d'allocations familiales de son licenciement afin qu'elle adapte l'inscription dans le registre des allocations familiales. Aucune déclaration n'est nécessaire pour les autres assurances sociales.

Obligations de l'employeur en cas de chômage

Lorsque la personne licenciée se retrouve au chômage, son ancien employeur doit, à sa demande, remplir un formulaire intitulé « Attestation de l'employeur » à l'attention de l'assurance-chômage. Il doit y indiquer, notamment, la durée du contrat de travail, le motif du licenciement et le montant du salaire versé. Il peut être sanctionné s'il ne remplit pas ce formulaire.

Passage à l'assurance individuelle

L'employeur doit informer l'employé licencié qu'il peut, s'il est affilié à une assurance collective d'indemnités journalières, contracter une assurance individuelle. La personne licenciée doit faire usage de ce droit de passage dans les trois mois qui suivent cette communication.

De même, cette personne peut conserver, par convention et pour six mois au plus, une assurance contre les accidents non professionnels auprès de son assureur-accidents.

Le délai de déclaration de la personne concernée est de 30 jours après la fin du rapport de travail.

Par ailleurs, la caisse de pension couvre les risques de décès et d'invalidité pendant les 30 jours qui suivent la fin du rapport de travail.

Les assurances à contracter

AVS/AI/APG : obligatoires pour tout le monde

Indépendamment de votre statut de salarié ou d'indépendant, vous êtes assuré auprès de l'AVS, de l'AI et des APG. Vous payez des cotisations qui sont fonction de votre salaire ou de votre revenu commercial. Vous avez également droit aux allocations familiales en vertu de la LAFam, pour autant que vous remplissiez les conditions d'octroi.

Où êtes-vous assuré en tant que propriétaire d'une SA ou d'une S.à.r.l. ?

Les SA et les S.à.r.l. sont des personnes morales. Même si vous êtes le seul détenteur du capital, vous travaillez sur la base d'un contrat d'engagement et n'êtes donc pas indépendant. Il vous faut donc souscrire une assurance-accidents, obligatoire, et prévoir une prévoyance professionnelle (caisse de pensions) en plus des assurances AVS/AI/APG. Vous devez également payer les cotisations de l'assurance-chômage.

Où pouvez-vous vous assurer à titre facultatif ?

Si vous travaillez comme indépendant, vous pouvez souscrire facultativement une assurance-accidents et, dans certaines conditions, prévoir une prévoyance professionnelle.

Vous pouvez aussi, indépendamment de votre statut, conclure une assurance d'indemnités journalières en cas de maladie pour les arrêts de travail dus à une maladie.

De même, quel que soit votre statut, vous pouvez verser des contributions fiscalement déductibles au 3^e pilier (pilier 3a). Les montants que les personnes déjà affiliées à une caisse de pension peuvent verser au 3^e pilier sont moins élevés.

Restrictions concernant l'assurance-chômage

Même si vous êtes salarié, il se peut que vous n'avez pas droit à une indemnité de l'assurance-chômage. Si votre entreprise traverse des difficultés et que vous devez réduire votre volume de travail ou encore que vous vous retrouvez au chômage, il vous faut observer les points suivants : aussi longtemps que l'entreprise n'est pas liquidée et que vous en restez l'organe dirigeant (par exemple en tant que membre du conseil d'administration, associé avec responsabilité illimitée), vous n'avez droit ni à une indemnité en cas de réduction de l'horaire de travail, ni à une indemnité pour intempéries, ni à l'indemnité de chômage en vertu de la jurisprudence du Tribunal fédéral. Votre fonction similaire à celle d'un employeur ne vous donne pas non plus droit à l'indemnité en cas d'insolvabilité. Le droit à une prestation de l'assurance-chômage présuppose que votre entreprise ait été liquidée ou que vous n'avez plus aucune responsabilité dans sa gestion, ou ne puissiez prendre d'une autre manière des décisions fondamentales pour l'entreprise ou les influencer notablement.

Service

Liste des abréviations

AA

Assurance-accidents obligatoire

AC

Assurance-chômage

AF

Allocations familiales

AI

Assurance-invalidité

ALCP

Accord sur la libre circulation des personnes entre la Suisse et l'Union européenne

AM

Assurance militaire

AMal

Assurance-maladie

APG

Allocations pour perte de gain

ATF

Arrêt du Tribunal fédéral, cité dans le recueil officiel des arrêts du Tribunal fédéral

AVS

Assurance-vieillesse et survivants

CAF

Caisse de compensation pour allocations familiales

CC

Code civil

CO

Code des obligations

LAA

Loi fédérale sur l'assurance-accidents

LACI

Loi sur l'assurance-chômage

LAFam

Loi sur les allocations familiales

LAI

Loi fédérale sur l'assurance-invalidité

LAM

Loi fédérale sur l'assurance militaire

LAMal

Loi fédérale sur l'assurance-maladie

LAPG

Loi sur les allocations pour perte de gain

LAVS

Loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants

LCA

Loi sur le contrat d'assurance

LFLP

Loi sur le libre passage

LPC

Loi sur les prestations complémentaires

LPP

Loi fédérale sur la prévoyance
professionnelle vieillesse, survivants et
invalidité

LTr

Loi sur le travail

OACI

Ordonnance sur l'assurance-chômage

OLP

Ordonnance sur le libre passage

OLT 1

Ordonnance 1 relative à la loi sur le travail

OPP 2

Ordonnance sur la prévoyance
professionnelle vieillesse, survivants et
invalidité

OPP 3

Ordonnance sur les déductions admises
fiscalement pour les cotisations versées à
des formes reconnues de prévoyance

PC

Prestations complémentaires

PP

Prévoyance professionnelle

RAI

Règlement sur l'assurance-invalidité

RAVS

Règlement sur l'assurance-vieillesse et
survivants

Quelques définitions

Franchise

Les retraités qui continuent à exercer une activité lucrative dépendante bénéficient d'une franchise de 1400 francs par mois (16 800 francs par année) sur le revenu soumis à cotisations AVS/AI/APG.

Gain accessoire

Gain qui s'ajoute au revenu principal. S'il ne dépasse pas 2300 francs par an, il ne doit pas nécessairement être déclaré à l'assurance selon la LAA, ni à l'AVS/AI/APG.

Les cotisations doivent toujours être payées sur les salaires des personnes employées dans le ménage privé de l'employeur ou par des employeurs dans le domaine des arts ou de la culture. Font exception les salaires n'excédant pas 750 francs par an versés aux personnes employées dans un ménage, jusqu'au 31 décembre suivant leur 25^e anniversaire. Celles-ci peuvent cependant exiger de l'employeur que les cotisations soient versées.

Indemnité de départ (art. 339b CO)

Cette disposition relativement contraignante perd de son importance, car dans ce cas les employés peuvent de plus en plus fréquemment compter sur les caisses de pension. Des indemnités de départ sont cependant encore nécessaires dans certaines situations : lors de licenciements collectifs, lorsque la personne concernée a un salaire élevé qui n'est pas entièrement couvert par la LPP ou lorsqu'il s'agit de personnes ayant un bas revenu qui ne sont pas soumises à l'obligation de s'assurer selon la LPP. Toutes les conditions suivantes doivent être remplies pour qu'une indemnité de départ soit octroyée :

- les rapports de travail ont pris fin ;
- l'employé, au moment de la fin des rapports de travail, est âgé de 50 ans au moins ;
- les rapports de travail ont duré 20 ans au moins (le droit subsiste en cas d'interruption de courte durée).

Indépendants

Est considérée en principe comme indépendante toute personne qui, en assumant elle-même le risque que cela comporte et sans recevoir de directives de tiers, travaille dans ses propres locaux ou en se servant d'eux pour plusieurs clients auprès desquels elle s'est elle-même fait connaître. La caisse de compensation examine de cas en cas si une personne est indépendante au sens de l'AVS.

Période de cotisation

Période pendant laquelle des cotisations doivent être versées.

Personnes exerçant une activité lucrative dépendante

Personnes engagées dans des rapports de subordination, qui n'assument pas de risque d'entreprise (y compris les actionnaires uniques employés d'une SA ou les associés d'une S.à.r.l.) et reçoivent un certificat de salaire pour leur travail.

Revenu imposable

Revenu après soustraction de toutes les sommes déductibles. C'est à ce revenu que s'appliquent les échelles des taux d'imposition.

Salaire brut

Salaire avant prélèvement des cotisations sociales, déterminant pour l'AVS/AI/APG.

Salaire déterminant

Pour l'AVS/AI/APG : salaire brut.

Pour la LAA : salaire jusqu'à un maximum de 148 200 francs.

Pour la LAC : salaire jusqu'à un maximum de 148 200 francs.

Pour la LPP : salaire jusqu'à un maximum de 84 600 francs, après déduction du montant de coordination de 24 675 francs (état 2017).

Salaire net

Salaire après prélèvement des cotisations sociales, soit en règle générale le salaire effectivement versé.

Types d'entreprises

Type / Membres	Personne	Inscription au Registre du commerce obligatoire	Nom
Raison individuelle			
Une personne	Physique	Non	Nom de famille
Société en nom collectif			

Deux personnes ou davantage	Physique	Oui	Nom de famille d'au moins un des membres
Société anonyme (SA)			
Une ou plusieurs personnes physiques ou morales	Morale	Oui	Nom et SA
Société à responsabilité limitée (S.à.r.l.)			
Une ou plusieurs personnes physiques ou morales	Morale	Oui	Libre choix du nom, mention « S.à.r.l. » obligatoire