

L'assurance d'indemnité journalière en cas de maladie : une lacune dans le système de protection sociale ?

Dossier préparé par Pierre-Antoine Schorderet, adjoint au secrétariat général du DSAS Vaud

Ce dossier s'appuie sur un travail réalisé en 2016 dans le cadre d'un Certificat of Advanced Studies (« Soziale Sicherheit ») organisé conjointement par les HES de Berne et de Lucerne. Ce texte n'engage que son auteur et ne reflète pas forcément la position du Canton de Vaud.

Août 2016

Avertissement : Le contenu des «dossiers du mois»
de l'ARTIAS n'engage que leurs auteur-es

RESUME

En droit suisse, la couverture de la perte de gain en cas de maladie n'est pas obligatoire. Elle est au surplus réglée selon deux lois. D'un côté la Loi fédérale sur l'assurance maladie qui est une assurance sociale et de l'autre la Loi sur le contrat d'assurance qui relève du droit privé. Ces deux systèmes se différencient à la fois par la nature des dispositions prévues et par le type de prestations proposées. Cette coexistence conduit aujourd'hui à créer des lacunes dans la protection d'une partie non négligeable de la population, en particulier des groupes socialement vulnérables. D'abord parce que le principe et le fonctionnement de l'assurance perte de gain maladie sont encore mal connus et surtout parce qu'elle n'est pas obligatoire. Dès lors, les salarié-e-s en incapacité de travail qui ne bénéficient pas d'une telle assurance peuvent très vite se trouver dans une situation critique. Le recours à l'assurance invalidité (AI) ou à l'aide sociale devient alors souvent le seul moyen de garantir un minimum vital. Ce problème est largement connu au niveau fédéral et il figure à l'ordre du jour des Chambres fédérales depuis près de trois décennies¹ mais n'a pas pu, à ce jour, déboucher sur une solution consensuelle.

¹ Pour une chronologie des interventions parlementaires au niveau fédéral, ainsi que des initiatives ou autres pétitions à ce sujet, prière de se référer à l'annexe 1.

1. INTRODUCTION	3
2. LES DEUX SYSTÈMES EN COMPARAISON ET LEURS EFFETS SOUS L'ANGLE DE LA POLITIQUE SOCIALE	4
2.1. L'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie : une comparaison succincte LAMal et LCA	5
2.1.1. L'admission	6
2.1.2. Le montant des primes	6
2.1.3. Les prestations	6
2.1.4. Le passage de l'assurance collective à l'assurance individuelle	8
2.1.5. Une situation ambivalente	9
2.2. Une comparaison en chiffres	9
2.3. Les effets sur la politique sociale : une pression supplémentaire sur l'aide sociale ?	10
3. UN SERPENT DE MER PARLEMENTAIRE	12
3.1. Un débat récurrent (1972-2009)	12
3.2. Quatre scénarios proposés mais pas d'entrée en matière (2009-2014)	13
4. UNE SOLUTION CANTONALE PARTIELLE : L'INDEMNITÉ PERTE DE GAIN MALADIE OBLIGATOIRE POUR LES PERSONNES AU CHOMAGE DANS LE CANTON DE VAUD	16
4.1. La couverture de la perte de gain pour les personnes au chômage : principes de base	16
4.2. L'exemple vaudois	16
5. CONCLUSION	18

1. Introduction

En droit suisse, la couverture de la perte de gain en cas de maladie est réglée selon deux lois. D'un côté la Loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal RS 832.10) qui est une assurance sociale soumise aux dispositions de la Loi sur la partie générale des assurances sociales (LPGA RS 830.1) et de l'autre la Loi sur le contrat d'assurance (LCA RS 221.229.1) qui relève du droit privé. Ces deux systèmes se différencient à la fois par la nature des dispositions prévues et par le type de prestations proposées. Cette coexistence conduit aujourd'hui à créer des lacunes dans la protection d'une partie non négligeable de la population, en particulier des groupes socialement vulnérables. D'abord parce que le principe et le fonctionnement de l'assurance perte de gain maladie sont encore mal connus et surtout parce qu'elle n'est pas obligatoire. Dès lors, les salarié-e-s en incapacité de travail, s'ils et elles ne bénéficient pas d'une telle assurance peuvent très vite tomber dans une situation critique. Le recours à l'assurance invalidité (AI) ou à l'aide sociale devient alors souvent le seul moyen de garantir un minimum vital. Ce problème est largement connu au niveau fédéral et il figure à l'ordre du jour des Chambres fédérales depuis près de trois décennies² mais n'a pas pu, à ce jour, déboucher sur une solution consensuelle.

Dans ce dossier, nous présenterons dans un premier temps les deux systèmes de manière succincte, à la fois d'un point de vue juridique et statistique. Cette comparaison permettra de lister les avantages et les inconvénients des deux systèmes, sous l'angle de la politique sociale et de la couverture des populations à risque. Dans un deuxième temps, nous porterons un regard plus historique sur les différents débats menés au niveau fédéral à propos de la couverture de la perte de gain en cas de maladie, les solutions proposées et les arguments échangés. Dans une troisième partie, nous présenterons une solution choisie par le canton de Vaud qui offre comme une réponse indirecte à l'absence de consensus fédéral : il existe en effet depuis 2012 une assurance perte de gain maladie obligatoire, mais restreinte aux personnes au chômage. Enfin, en conclusion, nous rappellerons les principaux enjeux liés à la couverture perte de gain maladie, non pour proposer des solutions originales (les différentes variantes sont connues !), mais pour souligner l'importance de les mettre en œuvre.

2. Les deux systèmes en comparaison et leurs effets sous l'angle de la politique sociale

La plupart des risques d'incapacité de gain font l'objet d'une assurance obligatoire : l'accident, l'invalidité, la maternité ou la perte d'emploi. Celles-ci sont inscrites dans des lois qui constituent les piliers de notre système de protection sociale. Seul le risque de perte de gain pour cause de maladie n'est pas couvert par une assurance obligatoire. Les dispositions prévues dans le Code des obligations (CO), en particulier à son article 324, sont très restreintes. En effet, l'employeur est tenu de verser le salaire pendant trois semaines à un-e employé-en incapacité de travail pour cause de maladie. Pour la suite, la jurisprudence courante prévoit le recours à différentes échelles. L'échelle dite « de Berne », la plus utilisée en Suisse, contraint

² Pour une chronologie des interventions parlementaires au niveau fédéral, ainsi que des initiatives ou autres pétitions à ce sujet, prière de se référer à l'annexe 1.

l'employeur à verser le salaire pendant une durée proportionnelle au temps passé dans l'entreprise.

Tableau 1 : Echelle de Berne

Années de services	Durée de versement du salaire
Pendant la première année de service	3 semaines
2	1 mois
3-4	2 mois
5-9	3 mois
10-14	4 mois
15-19	5 mois
20-24	6 mois
25-29	7 mois
30-34	8 mois
35-39	9 mois
40-44	10 mois

Source : sur la base notamment de Longchamp (2013) ;

C'est précisément dans le but de compléter cette couverture minimale qu'il est possible de contracter une assurance perte de gain maladie en choisissant l'un des deux systèmes existants. Nous allons présenter succinctement les deux modalités, tant d'un point de vue qualitatif que quantitatif.

2.1 L'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie : une comparaison succincte LAMal et LCA³

En vertu de la LAMal (titre 3, art 67 ss), les caisses maladie autorisées à pratiquer l'assurance obligatoire des soins sont tenues de proposer une assurance d'indemnités journalières. A l'inverse, l'assurance selon la LCA est fondée sur un contrat de droit privé, guidée par le principe de la liberté de contracter et pratiquée par les assureurs privés soumis à la Loi sur la surveillance des assurances (LSA, RS 961.01). Les caisses maladie peuvent par ailleurs également proposer des contrats selon la LCA, de manière analogue aux assurances complémentaires. Parmi les autres éléments de base à retenir, il faut relever qu'il existe des assurances individuelles et des assurances collectives. Les assurances individuelles sont essentiellement contractées par des personnes indépendantes ou sans activité lucrative. L'assurance collective est en général contractée par un employeur pour l'ensemble de ses salariés et elle est très souvent inscrite dans les conventions collectives de travail (CCT). Enfin, alors que l'assurance individuelle couvre le risque en général par une indemnité journalière, au montant variable, l'assurance collective assure un pourcentage du gain assuré (en général 80%).

³ La matière peut s'avérer très complexe pour un-e non spécialiste. Nous avons privilégié ici une présentation des différences les plus importantes et nous permettons de renvoyer à la littérature spécialisée pour quiconque souhaite approfondir la comparaison. Voir notamment Conseil fédéral (2009), G. Eugster (2007).

Nous allons préciser les principales différences entre les deux systèmes en insistant sur quelques points cruciaux : l'admission, le montant des primes, les prestations offertes et le passage de l'assurance collective à l'assurance individuelle.

2.1.1 L'admission

Une différence essentielle réside dans l'obligation faite aux caisses-maladie d'admettre toute personne domiciliée en Suisse, ou qui y exerce une activité lucrative, âgée entre 15 ans révolus et 65 ans et qui demande à être assurée (art. 67 al. 1 LAMal). Les caisses peuvent émettre des réserves, d'une durée maximale de cinq ans, pour des maladies existant au moment de l'admission (art. 69 LAMal). A l'inverse, les contrats signés en vertu de la LCA, sous l'empire de la liberté de contracter, ne contiennent aucune clause d'admission obligatoire et prévoient la possibilité d'inclure des réserves sans limite. Ces garanties de la LAMal relatives à l'admission sont toutefois contrebalancées par le fait que d'autres éléments essentiels de la couverture du risque ne sont aucunement prescrits par la loi et peuvent limiter, de fait, cette attractivité. C'est notamment le cas du montant des primes qui est souvent élevé ou alors du montant des indemnités qui est souvent insuffisant pour couvrir efficacement la perte de gain.

2.1.2 Le montant des primes

La LAMal ne précise en rien le montant des primes. La prime est en rapport direct avec le montant de l'indemnité perçue. Selon l'art. 76 LAMal, elle peut simplement varier par âge et par région et est soumise à une validation de la part de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Selon les statistiques tenues par ce même OFSP, on apprend par exemple qu'en 2013, la prime moyenne pour une assurance indemnité maladie individuelle se montait en moyenne à 164 francs suisses par mois (233 francs pour les hommes et 113 francs pour les femmes)⁴. Les assurances collectives contractées en vertu de la LAMal ne font pas l'objet d'une surveillance ni d'une validation particulières, parce qu'elles sont considérées comme des assurances complémentaires (art. 77 LAMal). La seule exigence posée est l'autonomie de l'assurance.

Les primes fixées selon la LCA, pour les deux types d'assurances individuelle ou collective, peuvent être très variables. A titre d'exemple d'assurance collective, nous reproduisons une offre adressée à une association d'une quarantaine de salarié-e-s qui donne une idée de ces possibles variations de primes pour des prestations quasi-identiques (cf. annexe 2).

2.1.3 Les prestations

Les prestations les plus utiles à connaître sont le montant de la couverture et sa durée. Nous revenons également sur une autre prestation cruciale, à savoir le passage de l'assurance collective à l'assurance individuelle.

⁴ Cf. annexe 3. Nous revenons sur la quantité et la qualité des données à disposition sous le point 2.2 ci-après.

Le montant des indemnités

L'art. 72 LAMal précise que « l'assureur convient avec le preneur d'assurance du montant des indemnités journalières assurées ». Si l'on ne dispose pas de statistiques précises à cet égard (cf. point 2.2 ci-dessous), la Conseillère nationale Ruth Humbel a indiqué dans une motion déposée en 2014 (14.3861 « Pour une assurance d'indemnités journalières efficace en cas de maladie ») que le montant maximal des indemnités journalières proposé par les six plus grandes caisses oscillait entre 6 et 40 francs (chiffres de 2009). L'assurance collective selon la LAMal définit une indemnité journalière qui s'appuie sur un pourcentage du gain assuré, en général 80%. En règle générale donc, le montant assuré par le biais d'une assurance collective est supérieur à celui assuré dans le cadre d'une assurance individuelle.

Les montants selon la LCA sont inscrits quant à eux dans les termes du contrat et nous ne disposons pas, à ce jour, de statistiques détaillées sur ceux-ci. La plupart des contrats contiennent toutefois des dispositions similaires qui prévoient, comme pour les assurances collectives selon la LAMal, un pourcentage du salaire assuré (souvent 80%) pour les personnes actives, ou la couverture de la perte de gain jusqu'à un montant maximal. Pour les personnes assumant un ménage, le montant maximal est compris entre 40 et 100 francs⁵.

La durée de couverture

Dans le cadre de la LAMal, la durée de la couverture est fixée à 720 jours maximum pendant une période de 900 jours et ce pour un ou plusieurs cas de maladie. Dans la LCA, les termes usuels des contrats prévoient également une période qui est soit de 365 jours, 720 ou 730 jours. Par contre, la période maximale pendant laquelle les indemnités peuvent être versées s'ouvre à chaque fois qu'un risque se réalise. Il est également fréquent que des délais d'attente soient fixés : ils sont variables dans les contrats LCA, en principe de deux jours dans la LAMal (art. 72 al. 2). Le montant de la prime peut dès lors varier si les parties décident d'allonger ce délai d'attente.

La durée de couverture d'au minimum une année prévue en général par les assurances vise à couvrir la période précédant l'ouverture d'un droit à une rente invalidité de la LAI. En règle générale, la rente AI prévue par la LPP peut être également versée après une année d'incapacité de travail (au moins de 40% et sans interruption notable), mais les règlements de caisses de pension prévoient usuellement de différer l'octroi de la rente tant que la personne assurée reçoit une indemnité journalière maladie d'une assurance. On perçoit mieux ici les risques supplémentaires encourus par les personnes qui n'ont pas d'assurance : après la période minimale de couverture de la perte de gain par l'employeur s'ouvre une longue période d'attente, sans revenus, jusqu'à l'octroi possible d'une rente AI ou LPP. Sans compter que si le délai légal à partir duquel un droit à une rente AI est bien d'une année, dans les faits la procédure est souvent plus longue et l'attente prolongée en conséquence.

⁵ Conseil Fédéral (2009 : 15).

2.1.4 Le passage de l'assurance collective à l'assurance individuelle

En règle générale, le contrat d'assurance collective prend fin au moment où les rapports de travail cessent. Il est toutefois possible, dans les deux systèmes, de bénéficier d'une couverture d'assurance après que ceux-ci ont cessé, mais cela suppose en règle générale de passer de l'assurance collective à une assurance individuelle. Ce transfert n'est en outre pas réglé de la même manière selon la LAMal ou selon la LCA. Dans le régime LAMal, il existe en quelque sorte un droit de libre passage qui offre une sécurité supérieure. En effet, si la personne assurée ne souhaite pas bénéficier de prestations supérieures à celles prévues dans l'assurance collective, elle peut faire valoir son droit de passer dans une assurance individuelle aux mêmes conditions. Elle a trois mois pour le faire, à partir du moment où l'assureur l'informe de ce droit. Si l'assureur omet de le faire, la personne reste assurée par l'assurance collective.

Ce droit de libre passage n'existe pas en tant que tel dans le régime LCA. C'est non à l'assureur, mais à l'employeur, en vertu de son devoir d'assistance, que revient le devoir d'informer la personne salariée de cette possibilité. Mais s'il omet de le faire, ce droit est perdu. Par contre, il existe une convention entre assureurs privés qui prévoit un libre passage d'une assurance collective à l'autre en cas de changement d'employeur, mais pas pour le passage d'une assurance collective à une assurance individuelle. Quelle que soit la situation, le passage à une assurance individuelle signifie souvent une forte augmentation des primes⁶.

Une exception existe pour les personnes en incapacité de travail au moment de la fin des rapports de travail. Si ces personnes touchent une indemnité journalière maladie, elles peuvent, sous le régime LCA et selon les CGA, continuer de bénéficier des prestations de l'assurance collective. En général, jusqu'à la fin de la durée maximale des prestations où jusqu'au recouvrement de la capacité de travail complète. Cette règle vaut si le contrat ne prévoit pas explicitement autre chose et il est courant que les contrats prévoient aujourd'hui que la couverture se termine au moment de la cessation des rapports de travail ou, également, qu'elle se termine après une couverture ultérieure de 30 jours. Ce système n'est pas prévu par la LAMal où le passage à l'assurance individuelle constitue le seul moyen de garantir une couverture subséquente⁷.

Les personnes au chômage au moment de la fin des rapports de travail sont traités par contre de manière identique par la LAMal et par la LCA : c'est ici à l'assureur d'informer la personne de la possibilité du passage à une assurance individuelle, sans nouvelles réserves et avec les mêmes prestations garanties⁸.

⁶ Dans le rapport du Conseil fédéral de 2009), un exemple est cité d'un employé de 57 ans à qui une prime annuelle de 10'441.10 francs a été exigée pour une indemnité journalière de 234 francs... (Conseil fédéral, 2009 : 30

⁷ Voir notamment sur ce point : Conseil fédéral (2009 : 15-16) et le site de Pro Infirmis : <http://www.proinfirmis.ch/fr/partie-inferieure/handicap-que-faut-il-savoir/sommaire/droits-en-cas-de-perde-de-gain/indemnite-journaliere-de-lassurance-maladie.html#c11919>. Consulté le 15 janvier 2016.

⁸ Nous revenons sur cette question dans le chapitre 4 ci-après.

2.1.5 Une situation ambivalente

Cette présentation succincte des prestations de l'assurance indemnité en cas de maladie selon les deux systèmes nous conduit à une appréciation ambivalente si l'on considère la qualité de la couverture des risques assurés. Les garanties de la LAMal semblent supérieures sous certains aspects : admission obligatoire, devoir d'information de l'assureur, droit de libre passage de l'assurance collective à l'assurance individuelle notamment. Mais le montant des primes et des indemnités en limitent l'efficacité. En même temps, les prestations proposées par les assureurs privés en vertu de la LCA diffèrent finalement peu (sous réserve des informations manquantes relatives aux primes et aux montants des indemnités) et sont moins contraignantes pour les assureurs. Tout se passe comme si, compte tenu du caractère non obligatoire de l'assurance, les caisses-maladie comme les compagnies d'assurances tendent à profiter de la marge de manœuvre laissée par la législation pour privilégier les contrats selon la LCA qui permettent une meilleure gestion des risques. Pour autant, quelle est la part de la population qui est assurée ? Avec quelle assurance, individuelle, collective ? Selon quel système ? Un bref aperçu statistique nous permettra de compléter le tableau et de mieux cerner les enjeux de politique sociale qui nourrissent cette problématique.

2.2 Une comparaison en chiffres

D'une manière générale, les statistiques sont lacunaires et ne permettent pas d'avoir une vue très claire de la situation. Dans son rapport de 2009, le Conseil fédéral en convient d'ailleurs lui-même. C'est notamment dû à la coexistence de deux systèmes dont les acteurs n'ont pas les mêmes ressources ni les mêmes obligations en matière de monitoring et de reporting. L'OFSP publie des statistiques sur l'assurance indemnités maladie dans sa *Statistique de l'assurance-maladie obligatoire* (notamment les individus assurés dans le cadre d'assurances individuelles, le volume des cotisations et prestations) et compile également le volume global des prestations et des cotisations issues des contrats LCA de manière comparée sur plusieurs années. Mais il n'est pas possible, à ce jour, de connaître le nombre de personnes assurées sur l'ensemble du pays. En particulier, comme les assurances collectives s'appuient sur une masse salariale pour déterminer les primes à payer, il n'est pas possible de déduire le nombre d'affiliés ni selon la LAMal, ni selon la LCA. Néanmoins, sur la base des quelques sources existantes, il est possible de dresser quelques constats.

Depuis 2003, le volume des primes payées et des prestations délivrées selon la LCA est en constante augmentation⁹. Alors qu'en 2003, environ 13% des primes relevaient de contrats LAMal, ce taux est tombé à environ 6% en 2013. Cette année-là, plus de 3,3 milliards de primes étaient payées pour des contrats selon la LCA et seuls 235 millions l'étaient pour des contrats LAMal. Le montant cumulé des prestations en 2013, soit 2,9 milliards était réparti de manière analogue (6% LAMal et 94% LCA). Autant dire que les produits d'assurance acquis en vertu de la LAMal sont quasi en voie de disparition au profit des produits réglementés par la LCA.

⁹ Voir l'annexe 4 pour les détails.

Si l'on regarde maintenant l'évolution des contrats d'assurance individuelle et collective proposés par les caisses-maladie, on peut dresser un second constat. Selon les sources à disposition, il y avait en 2013 205'182 personnes assurées individuellement contre 342'047 en 2007. La Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national estimait, en 2004, que 500'000 personnes étaient au bénéfice d'une assurance individuelle de la LAMal¹⁰. Au vu des chiffres de 2007 et de 2013 (resp. 342'047 et 205'182), il apparaît qu'en moins de dix ans, le nombre de bénéficiaires d'une assurance d'indemnités journalières individuelle selon la LAMal a connu une baisse spectaculaire (près de 50%).

Nous pouvons donc constater aujourd'hui un double mouvement : une très forte prépondérance des contrats LCA et une très forte diminution des assurances individuelles selon la LAMal. Il n'est pas facile de compter le nombre des assurances individuelles contractées selon la LCA, comme il est impossible, en l'état, de chiffrer la population affiliée à des assurances collectives (fussent-elles LAMal ou LCA). Il devient du coup difficile, voire impossible, d'évaluer le degré global de couverture de la population suisse. Le Conseil fédéral en convient lui-même en déclarant en 2012, en réponse à un postulat du Conseiller national vaudois Roger Nordmann, que : *« Aujourd'hui comme hier, les données concernant l'assurance d'indemnités journalières [...] sont encore insuffisantes. [...] Le Conseil fédéral pense qu'une telle collecte serait très complexe, car elle exigerait d'importantes ressources humaines et financières, qu'il n'estime pas raisonnables »*¹¹.

Pourtant, en 2004, le même rapport de la CSSS-N évoqué plus haut estimait que 2,5 millions d'individus bénéficiaient, en Suisse, d'une assurance d'indemnités journalières. A notre connaissance, il n'existe pas, aujourd'hui, d'estimation chiffrée actualisée. Le Conseil fédéral se contente, dans son rapport de 2009, d'affirmer que selon lui *« une majorité des salariés »* est assurée. Par contre, il est possible, en reprenant les considérations de Hans Mangold¹², de considérer qu'une partie non négligeable de la population n'est pas assurée et qu'elle réunit surtout les salarié-e-s atypiques, sur appel, à temps partiel, à contrat de durée déterminée ou encore les salarié-e-s des petites entreprises dont les propriétaires n'ont pas les moyens de contracter une assurance collective, les personnes indépendantes, les personnes travaillant dans des secteurs non conventionnés, etc.

2.3 Les effets sur la politique sociale : une pression supplémentaire sur l'aide sociale ?

Ce bref portrait à la fois qualitatif et quantitatif de l'assurance indemnité perte de gain maladie nous permet de saisir un peu mieux les enjeux en termes de politique sociale. Le discours du Conseil fédéral se veut rassurant : le système n'est certes pas parfait, mais la majorité des personnes salariées en Suisse est assurée. Il confirme ainsi surtout le poids grandissant des assurances collectives qui permettent, en effet, une couverture efficace de la perte de gain pour celles et ceux qui y sont affiliés. Mais est-ce suffisant ? Quelle protection existe pour les autres

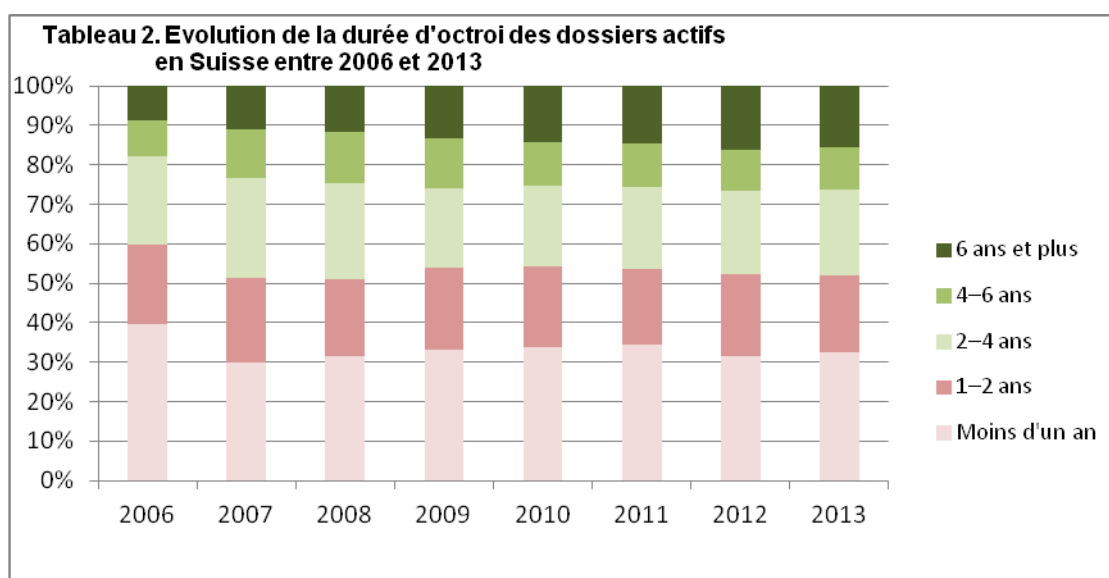
¹⁰ CSSS-N (2004 :2).

¹¹ Avis du Conseil fédéral du 01.06.2012 en réponse au postulat 12.3087 « Etat de situation sur la couverture du revenu en cas de maladie ». Voir sous : <https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefit?AffairId=20123087>

¹² Mangold (2015 : 14).

populations ? Pour rappel, l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) définit la politique sociale en ces termes : « *Le concept de politique sociale couvre toutes les dispositions et mesures qui visent à prévenir, supprimer ou atténuer les situations de détresse et les problèmes sociaux, au niveau individuel ou collectif, ou qui cherchent à favoriser le bien-être des groupes plus fragiles de la société. Les objectifs de la politique sociale comprennent : la justice sociale (équité, égalité des chances) ; la sécurité sociale (protection contre les grands risques de l'existence) ; la paix sociale ; l'accroissement de la prospérité et la plus large participation à cette prospérité commune* »¹³.

Le deuxième objectif assigné à la politique sociale par l'OFAS n'est sans doute pas rempli avec ce système d'assurance facultative censé couvrir les risques d'incapacité de travail en cas de maladie qui rentre aisément dans la catégorie « grand risque de l'existence » relevé par l'OFAS. Les groupes de la population dont on peut penser qu'ils sont largement exclus de la couverture de ce risque sont aussi ceux qui ont le plus de chance de devoir recourir à l'aide sociale pour pallier, à terme, cette lacune d'assurance. L'aide sociale est à l'origine conçue comme une aide financière ponctuelle à même de permettre à toute personne de faire face à une situation d'urgence. Or, depuis plusieurs années maintenant, comme le montre le tableau ci-dessous, une part croissante des bénéficiaires recourent durablement à l'aide sociale.



Source : OFS, *Statistique de l'aide sociale 2013*

Tout se passe comme si l'aide sociale suppléait désormais aux carences d'un système de protection sociale qui n'arrive plus à anticiper ni à faire face aux évolutions des risques sociaux. Tout occupée à favoriser la réinsertion socioprofessionnelle, l'aide sociale fait face à des bénéficiaires en situation souvent très difficile : problèmes de santé psychique ou physique, éloignement durable du marché du travail, absence de formation, « working poor », etc.

Afin d'illustrer ce qui, à notre avis, constitue une conséquence directe de l'absence de couverture du risque d'incapacité de gain pour cause de maladie pour des populations fragilisées, nous reproduisons ci-dessous les statistiques issues d'un projet commun mené dans le Canton de Vaud par le Service social de la Ville de

¹³ Site de l'OFAS (www.bsv.admin.ch) consulté le 12 avril 2016.

Lausanne (SSL), le Service cantonal de prévoyance et d'aide sociales (SPAS) et le Service cantonal de l'emploi (SDE). Ce projet vise à améliorer la coordination interinstitutionnelle et à favoriser une prise en charge commune, par le personnel du service social et les conseillers-ères en placement des ORP, des personnes s'inscrivant pour la première fois à l'aide sociale. Entre février et octobre 2015, 2069 personnes se sont annoncées, 946 ont participé à ce projet pilote et 1123 en ont été exclues parce qu'elles ne remplissaient pas les critères retenus par les responsables du projet. Et les raisons mentionnées sont très intéressantes en regard de notre questionnement.

Tableau 3 : statistiques du projet Unité Commune

Incapacité de travail et Aide sociale		
Critères d'exclusion	Nombre	%
Certificat médical	252	20
Prestations AI	139	11
Temps partiel (plus de 50%)	141	11
En formation (18-25 ans)	134	11
Plus de 60 ans	62	5
Prestations LACI	500	40
Autres	22	2
Total	1250¹⁴	100

Source : Etat de Vaud 2015. Projet Unité commune. DSAS-DECS-SSL

Ce qu'il faut en particulier relever ici, ce sont les 20% d'individus qui s'inscrivent à l'aide sociale en étant détenteurs d'un certificat médical attestant leur incapacité de travail. On peut faire l'hypothèse que ces personnes n'étaient pas au bénéfice d'une assurance d'indemnités journalières pour maladie et n'ont eu comme seule solution le recours à l'aide sociale. L'insuffisante couverture des populations à risque provoque une pression supplémentaire sur l'aide sociale qui doit pallier ici ce qui apparaît bien comme une lacune en matière de protection sociale.

Si ces chiffres illustrent une réalité récente, cela fait très longtemps que l'insuffisance du système facultatif d'assurance d'indemnités journalières est connue. Au niveau fédéral, c'est un thème récurrent depuis plus de quarante ans et nous souhaitons ici en résumer les principales déclinaisons avant de présenter les récentes propositions du Conseil fédéral.

3. Un serpent de mer parlementaire

3.1 Un débat récurrent (1972-2009)

La liste est longue des interventions parlementaires, rapports, pétitions, initiatives populaires ou Messages du Conseil fédéral qui concernent de près ou de loin la question de la couverture du risque de perte de gain en cas de maladie. Dans son rapport de 2009, le Conseil fédéral offre une vue d'ensemble de la problématique fort utile et liste de manière exhaustive, en annexe, l'ensemble de ces interventions.

¹⁴ Le décalage entre 1123 et 1250 provient du fait que plusieurs critères d'exclusion ont pu être retenus pour une même personne.

Il est notamment intéressant de constater que cette question fut soulevée dans le cadre des projets de révisions de la LAMA avant l'adoption de la LAMal en 1996. Toutes les solutions proposées ont été alors rejetées soit pendant la phase législative, soit pendant les éventuelles procédures de consultation ou alors en votation populaire. En 1996, avec l'adoption de la LAMal, cette assurance est introduite et elle n'a depuis subi que de très légères modifications, essentiellement nées de la nécessaire adaptation législative provoquée par l'entrée en vigueur de la Loi sur la partie générale des assurances sociales (LPGA RS 830.1). Dans un Message de 1998 relatif à une révision partielle de la LAMal, le Conseil fédéral est d'avis que « *A ce stade, seule l'introduction d'une assurance obligatoire d'indemnités journalières serait en mesure de rétablir une réelle assurance sociale d'indemnités journalières. Quelques participants à la procédure de consultation ont demandé que l'assurance obligatoire d'indemnités, à concurrence de 80 pour cent du salaire, soit introduite dans l'actuelle révision partielle. Cependant, vu les charges financières supplémentaires qu'engendrerait une telle modification, nous proposons, pour l'heure, d'y renoncer. Ce thème pourra éventuellement faire l'objet d'une prochaine révision* »¹⁵ Ce projet restera un vœu pieu jusqu'à aujourd'hui et les mêmes arguments ressortiront à plusieurs reprises dans les débats parlementaires : certes le système n'est pas parfait, mais le changer coûte trop cher et les conditions politiques pour le faire ne sont pas réunies.

3.2. Quatre scénarios proposés mais pas d'entrée en matière (2009-2014)

Le rapport de 2009 se situe dans cette même ligne argumentative et se conclut de manière identique par un refus du Conseil fédéral de donner une suite législative au dossier. Il va toutefois cette fois un peu plus loin et propose de discuter quatre scénarios possibles à même de fournir des solutions au cas où une révision législative serait acceptée. Les quatre propositions vont d'un statu quo légèrement modifié (scénario 1) à une refonte complète (scénario 4)¹⁶.

Scénario 1. Une assurance LAMal facultative et une assurance complémentaire LCA. Dans ce projet, l'assurance reste facultative, mais les champs d'application des deux assurances sont clarifiés. L'assurance de base prévoit de distinguer des catégories de personnes (salariées ou actives par exemple) ou des catégories de prestations (plafonnement d'un gain assuré ou de l'indemnité par exemple).

Scénario 2. Une assurance LCA facultative. Suite au constat de la quasi-disparition de l'assurance d'indemnités journalières selon la LAMal, il s'agirait ici de conserver uniquement l'assurance selon la LCA en reprenant quelques dispositions avantageuses de la LAMal (libre passage par exemple).

Scénario 3. Une assurance perte de gain obligatoire pour les personnes salariées. Ce projet reprend une vieille revendication des milieux syndicaux et s'appuie sur l'exemple de la LAA. Il constituait le cœur d'un projet rejeté en 1981 déjà.

¹⁵ Conseil fédéral (1999 : 764).

¹⁶ Pour des explications et une évaluation détaillées de chaque scénario, se référer au rapport (Conseil fédéral 2009 : 34-41).

Scénario 4. Une assurance perte de gain obligatoire pour toutes les personnes actives. Cette dernière solution, ambitieuse, vise à prendre en compte le fait que les carrières professionnelles oscillent davantage qu'auparavant entre salariat et statut d'indépendant.

Ce rapport offre une synthèse historico-juridique fort utile et des propositions détaillées très intéressantes. Malgré tout, le Conseil fédéral conclut son rapport en se déclarant satisfait du système actuel et en proposant de rouvrir ce dossier à un moment où les coûts de l'assurance obligatoire des soins seront maîtrisés. Il vaut la peine de citer *in extenso* les conclusions du Conseil fédéral, parce qu'elles constitueront jusqu'à aujourd'hui le cœur de son argumentation.

« Le Conseil fédéral considère que la coexistence de deux réglementations légales distinctes pour l'assurance d'indemnités journalières n'est pas idéale mais constate qu'une majorité de salariés est couverte. La perte de vitesse de l'assurance d'indemnités journalières selon la LAMal n'est pas réellement préoccupante dans la mesure où l'indemnité journalière selon la LCA a tendance à prendre le relais. La réglementation en vigueur, qui se fonde surtout sur des solutions convenues entre partenaires sociaux, a malgré tout fait ses preuves sur le fond. Une protection d'assurance suffisante peut être également garantie pour une part importante des salariés au moyen d'une assurance facultative. Le Conseil fédéral est d'avis que l'assurance d'indemnités journalières, telle qu'elle est pratiquée aujourd'hui, peut être maintenue. Le Conseil fédéral va présenter le présent rapport au Parlement. En raison des réalités politico-économiques et des réformes relatives à l'assurance obligatoire des soins encore en cours, il considère qu'une modification du système existant de l'assurance d'indemnités journalières n'est pas opportune, tant par une solution d'une assurance obligatoire dans l'esprit des variantes 3 (cf. supra, ch. 6.4) et 4 (cf. supra, ch. 6.5) que celles demeurant facultatives des variantes 1 et 2 (cf. supra, ch. 6.2 et 6.3). Pour le Conseil fédéral, la consolidation et l'optimisation du système de l'assurance obligatoire des soins demeurent toujours au premier plan. Il attend que le Parlement aborde prioritairement les projets de loi visant à endiguer l'évolution des coûts et à optimiser le système qui lui ont été soumis tant ces dernières années que cette année et qu'il prenne une décision quant aux propositions faites »¹⁷.

Ces conclusions décidées ne mettront toutefois pas un terme au débat. Entre 2009 et 2014, les interventions parlementaires continueront d'affluer.

Tableau 3 : les interventions parlementaires entre 2009 et 2014

Type	Auteur	Titre	Etat
INT 10.3498	CN Robbiani	Indemnités journalières. Rendre à la LAMal ce qui est à la LAMal	Liquidé car non réélu
MOT 10.3499	CN Robbiani	Prestations de l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie	Rejet du CF
MOT 10.3500	CN Robbiani	Indemnités journalières. Communauté de risque	Liquidé car non réélu

¹⁷ Conseil fédéral (2009 : 44-45).

MOT 10.3821	CN Humbel	Pour une assurance d'indemnités journalières efficace en cas de maladie	Liquidé car plus de deux ans à l'ordre du jour
INT 11.3172	CN Robbiani	OCDE et indemnités journalières	Liquidé car non réélu
INT 11.3246	CN Fehr	Assurance obligatoire d'indemnités journalières en cas de maladie	Discussion repoussée en 2011 puis liquidé (plus de deux ans à l'ordre du jour)
INT 11.3948	CN Robbiani	Indemnités journalières LCA en cas de non-paiement des primes	Liquidé car non réélu
MOT 12.3072	CN Poggia	Pour des assurés égaux devant la perte de gain en cas de maladie	Inclus dans la réponse du CF au 12.3087
POS 12.3087	CN Nordmann	Etat de situation sur la couverture du revenu en cas de maladie	Prise en compte partielle par le CF
MOT 14.3861	CN Humbel	Pour une assurance d'indemnités journalières efficace en cas de maladie	Non encore traité
INT 14.4279	CE Rechsteiner	Assurance-maladie d'indemnités journalières. Remédier aux dysfonctionnements	Refusé par le CE

Source : www.parlement.ch, base de données Curia Vista. Consultée le 12 avril 2016.

Sans entrer ici dans le détail de chacune de ces interventions, on peut constater que le thème peine encore et toujours à passer la rampe pour diverses raisons. Parmi les onze interventions, seules deux font l'objet d'une réponse partielle : le Conseil fédéral a accepté une partie du postulat 12.3087 demandant une clarification de la coordination entre l'indemnité journalière et les prestations AI du premier pilier et de la LPP. Son rapport répondra également partiellement à la motion Poggia (12.3072) qui contient une demande similaire. Seul objet encore pendant, la motion Humbel qui doit encore être traitée par les Chambres. Dans la plupart des réponses qu'il a fourni à ces diverses interventions, le Conseil fédéral s'appuie sur la partition rédigée en 2009 et entonne encore et encore le même refrain : le système n'est pas idéal, mais une réforme est soit trop coûteuse, soit politiquement irréaliste.

Aucune solution fédérale ne semble donc se dégager à court ou moyen terme. Peut-être qu'une partie de la solution réside dans les initiatives sectorielles qui permettent de répondre à une partie des problèmes soulevés. C'est en tous cas ce qu'a tenté le canton de Vaud en instaurant, depuis 2012, une assurance d'indemnités journalières obligatoire limitée aux personnes au chômage.

4. Une solution cantonale partielle : l'indemnité perte de gain maladie obligatoire pour les personnes au chômage dans le canton de Vaud

4.1. La couverture de la perte de gain pour les personnes au chômage : principes de base

Nous avons déjà brièvement évoqué les dispositions prévues pour les personnes au chômage lors du passage de l'assurance collective à l'assurance individuelle (cf. chapitre 2.1.4). Celui-ci est facilité et garantit donc une couverture subséquente à la rupture des rapports de travail. La LACI prévoit également une couverture des risques d'incapacité de travail en cas de maladie (art. 28 LACI). Toute personne inscrite comme demandeuse d'emploi auprès d'un ORP peut bénéficier d'une pleine indemnité de chômage pendant 30 jours consécutifs dans un délai maximal de 44 jours sur l'ensemble du délai-cadre. A l'issue de ces trente jours, deux situations peuvent se présenter :

- a) la personne au chômage a usé de son droit de passage à l'assurance individuelle : dans ce cas, la LACI délivre une pleine indemnité si la personne est apte au travail à raison de 75% au moins et une indemnité réduite de moitié si elle l'est à hauteur de 50% au moins¹⁸.
- b) la personne n'a pas usé de son droit de passage et se retrouve sans protection dès le 31^{ème} jour d'incapacité de travail.

Ces deux situations concernent toutefois uniquement les personnes qui bénéficiaient d'une assurance collective contractée avant la fin des rapports de travail ou éventuellement d'une assurance individuelle. Par contre, les personnes qui n'en ont pas au moment de leur inscription au chômage ou qui n'ont pas fait usage de leur droit de passage de l'assurance collective vers l'assurance individuelle se retrouvent très vite sans revenus. C'est sans doute une partie de cette population que l'on a identifié dans le tableau 2 (cf. ci-dessus) : en incapacité de travail durable au moment de l'inscription auprès d'un ORP, ils ne sont pas aptes au placement, ne peuvent s'inscrire au chômage et bénéficier de la couverture minimale prévue par la LACI. Et l'aide sociale devient très vite le seul moyen de se procurer un minimum vital. De manière analogue, les personnes qui s'inscrivent au chômage mais qui tombent en incapacité de travail durant le délai-cadre se retrouvent, à terme, dans la même situation. C'est précisément pour limiter et prévenir ces situations que le canton de Vaud, à l'instar d'autres cantons romands, a instauré une assurance obligatoire d'indemnités perte de gain pour les personnes au chômage en 2012.

4.2. L'exemple vaudois

En 2007, le groupe socialiste au Grand Conseil vaudois déposait la motion suivante : *«Par ce postulat, nous demandons que le Conseil d'Etat étudie la possibilité pour le Canton de Vaud, en concertation avec les partenaires sociaux, de légiférer en matière d'assurance perte de gain en cas de maladie afin de rendre cette couverture obligatoire pour les salariés, les chômeurs, voire pour les indépendants. Pour cette dernière catégorie, il conviendrait d'étudier, parallèlement à l'obligation, la mise en*

¹⁸ Si la personne est au bénéfice d'une assurance individuelle journalière selon la LAMal, elle peut bénéficier d'une indemnité journalière pleine dès une incapacité de travail de 50% et une demi-indemnité dans le cas d'une incapacité de travail entre 25 et 50%. (LAMal, art. 73).

*place, par exemple à travers un pool d'assureurs, d'un produit d'assurance accessible financièrement, ou encore la possibilité de les intégrer dans les contrats collectifs de branche destinés à l'heure actuelle le plus souvent aux seuls salariés».*¹⁹

Le programme est ambitieux et il n'est pas sans rappeler le scénario 4 que le Conseil fédéral détaillera dans son rapport publié deux ans plus tard. De manière analogue au niveau fédéral toutefois, le périmètre du projet fut rapidement restreint en commission parlementaire. Le projet finalement discuté au Grand Conseil restreignait l'assurance obligatoire aux seules personnes au chômage et précisait une modalité de financement qui témoigne d'une conception restreinte de la solidarité : ce sont les personnes au chômage qui financent elles-mêmes les prestations en payant une cotisation initialement prévue de 3% sur les indemnités LACI²⁰. Même les frais administratifs seront financés par le biais de ces cotisations et non par le budget de l'Etat comme a essayé de l'imposer le groupe socialiste, dans un dernier baroud d'honneur en plénum. Toutefois, malgré ces quelques limites, et contrairement au niveau fédéral, une solution existe bel et bien, depuis 2012, couvrant la perte de gain pour les personnes au chômage dans le canton de Vaud.

Cette assurance est inscrite dans la Loi sur l'Emploi (LEmp RSV 822.11). Toute personne inscrite au chômage a donc le droit à cette prestation d'assurance. Toutefois, une condition supplémentaire existe qui limite quelque peu sa portée : cette personne doit avoir rempli pendant 30 jours au moins l'ensemble des conditions prévues à l'article 17 LACI et qui ouvrent le droit aux prestations de la LACI. En particulier, elle doit s'être soumise aux obligations de contrôle exigées dans ce cadre. Autrement dit, en regard des populations à risque évoquées précédemment, une personne qui s'inscrit au chômage en étant en incapacité de travail durable ne peut bénéficier de cette prestation d'assurance et est directement orientée vers les services sociaux. Par contre, si cette personne peut satisfaire à ces exigences initiales de contrôle parce qu'elle n'est qu'en incapacité de travail provisoire en raison d'une maladie, elle peut bénéficier d'une indemnité maladie équivalente à l'indemnité LACI pendant les trente jours prévus et pour une période supplémentaire en vertu de l'assurance perte de gain pour les chômeurs à laquelle elle est appelée à cotiser.

Toutefois, la durée d'indemnisation est différente. Pour les personnes au chômage qui peuvent revendiquer un droit à une indemnité LACI de 90 jours, les indemnités maladie sont versées pendant 60 jours (respectivement 130 pour 200 ; 170 pour 260 et 270 pour 400).

Entre 2012 et 2014, le nombre mensuel moyen de personnes au chômage ayant bénéficié de cette assurance est passé de 175 à 358 (moyenne mensuelle par année). Le cercle des affiliés est passé de 11'451 à 13'832 qui ont versé des cotisations pour un total passant de 10 millions à 12,1 millions durant la même période. Enfin, l'indemnité journalière versée (en moyenne mensuelle par année) se montait en 2014 à 1'133'000 francs pour plus de 8'000 jours payés, soit une indemnité journalière moyenne de 141 francs²¹.

¹⁹ Conseil d'Etat du Canton de Vaud (2011), *Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur le postulat Grégoire Junod et consorts pour une assurance obligatoire perte de gain en cas de maladie dans le canton de Vaud*, p.1

²⁰ Le taux de cotisation est fixé, depuis janvier 2016, à 1,9%.

²¹ SDE (2015). Nos propres calculs.

5. Conclusion

Au terme de ce parcours dans l'univers parfois complexe de la couverture du risque de perte de gain en cas de maladie, un fait central demeure : le caractère facultatif de l'assurance ne permet pas de protéger de manière suffisante une partie non négligeable de la population. Les chiffres précis font défaut, mais tout porte à croire que les populations les plus concernées sont déjà celles qui sont les plus vulnérables socialement.

Les conséquences sur la politique sociale et l'ensemble du système de protection sociale se font sentir au niveau de ce qu'il est usuel d'appeler le « dernier filet social », soit l'aide sociale. Sous pression depuis plusieurs années, l'aide sociale a changé peu à peu de mission en prenant davantage en charge des populations trop malades pour être considérées aptes à l'emploi mais qui ne correspondent néanmoins pas aux critères d'octroi d'une rente AI²². Le principe de subsidiarité, au cœur du système, est ici mis à mal. Chargée initialement de subvenir ponctuellement et en cas d'urgence à des situations de crise, l'aide sociale intervient de plus en plus pour pallier les insuffisances et les incohérences d'un système de protection sociale qui, derrière les apparences solides et rassurantes de la symbolique des trois piliers, se révèle aussi fragile et faillible.

Il apparaît indispensable d'anticiper et d'agir en amont. Les différents scénarios proposés par le Conseil fédéral constituent autant de pistes qui réduiraient sans aucun doute la pression sur l'aide sociale tout en garantissant à un plus grand nombre une protection contre les risques de perte de gain en cas de maladie. On a vu comment le Conseil fédéral répète à l'envi, comme un mantra, que la priorité doit être mise sur la maîtrise des coûts du système de santé avant d'envisager une réforme de l'assurance d'indemnités journalières maladie. En attendant, des solutions locales sont mises en œuvre et sont prometteuses. Le Canton de Vaud, à l'instar d'autres cantons romands, a montré que même partielle, la solution d'une assurance limitée aux personnes au chômage constitue déjà une avancée lucide et utile.

L'assurance sociale facultative telle qu'elle existe est sans doute un échec. Quand bien même une assurance obligatoire viendrait à naître, les problèmes liés à la perte de gain pour cause de maladie ne seraient pas tous résolus pour autant. Après tout, ce sont bien les relations entre le travail et la santé qui sont au cœur de la problématique. Une politique de prévention, une politique de promotion de la santé au travail, une réflexion approfondie sur les liens entre la santé et les conditions de travail sont par exemples quelques thèmes à aborder permettant, à terme, de développer des politiques limitant les risques de perte de gain pour cause de maladie.

²² Voir notamment Initiative des Villes : politique sociale (2015).

Bibliographie

Sources

Publications officielles

CSSS-N (2004), *Rapport de la CSSS-N du 16 janvier 2004 en réponse à l'initiative cantonale du Canton et de la République du Jura (03.301) « Lacunes et incohérences de la LAMal en matière d'indemnités journalières »*.

Voir sous : <https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefft?AffairId=20030301>

Conseil fédéral (1999), « Message concernant l'arrêté fédéral sur les subsides fédéraux dans l'assurance-maladie et la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 21 septembre 1998 », *Feuille fédérale*, I, p. 764.

Conseil fédéral (2009), *Evaluation du système d'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie et propositions de réforme. Rapport du Conseil fédéral en réponse au postulat 04.3000 de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national du 16 janvier 2004*.

Voir sous : <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00305/04216/index.html?lang=fr>

Office fédéral de la santé publique (OFSP), *Statistiques de l'assurance-maladie obligatoire (plusieurs années)*.

Voir sous : <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/01156/index.html?lang=fr>

Conseil d'Etat du Canton de Vaud (2011), « Exposé des motifs et projet de loi sur une assurance perte de gain maladie pour les bénéficiaires d'indemnités de chômage et projet de loi modifiant la loi du 5 juillet 2005 sur l'emploi (LEmp) et Rapport du Conseil d'Etat au Grand conseil sur le postulat Grégoire Junod et consorts pour une assurance obligatoire perte de gain en cas de maladie dans le Canton de Vaud », *Bulletin du Grand Conseil*, séance du 11 octobre 2011. Disponible sous :

http://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/organisation/gc/fichiers_pdf/385_Texte_CE.pdf

Littérature

Eugster, Gebhard (2007), Vergleich der Krankentaggeldversicherung (KTVG) nach KVG und nach VVG, Adrian von Kaenel (Hrsg.), *Krankentaggeldversicherung : Arbeits- und versicherungsrechtliche Aspekte* (p. 47-98). Zurich, Bâle, Genève : Schulthess

Initiative des Villes (2015), *Kennzahlenbericht zur Sozialhilfe in Schweizer Städten Berichtsjahr 2014, 13 Städte im Vergleich*, Renate Salzgeber & Beat Schmocker (éd.), Berne : Fachhochschule für Soziale Arbeit

Longchamp, Guy (2013), *CO Art. 324a*, in Jean-Philippe Dunand & Pascal Mahon (éd.), *Commentaire du contrat de travail* (p. 204-226). Berne : Stämpfli.

Mangold, Hans (2015), *Grundlagen Krankentaggeldversicherung nach KVG und VVG*, Institut für angewandtes Sozialrecht.

Pärli, Kurt, Andreas Petrik et Julia Hug (2015), *Arbeit, Krankheit, Invalidität. Arbeits- und sozialversicherungsrechtliche Aspekte*, Berne : Stämpfli.

Sites internet utiles

Les pages du site de Pro Infirmis sur la question avec plusieurs exemples de cas fictifs
<http://www.proinfirmis.ch/fr/partie-inferieure/handicap-que-faut-il-savoir/sommaire/droits-en-cas-de-perde-de-gain/indemnite-journaliere-de-lassurance-maladie.html>

Sur le site du Bureau central d'aide sociale (Genève), un lien sur une brochure didactique et illustrée : <http://www.bcas.ch/wp-content/uploads/2015/08/Brochure-JD-en-PDFmodifiee.pdf>

Annexes

- Annexe 1 : Chronique politique de l'assurance d'indemnités journalières maladie (1972-2004).
- Annexe 2 : Exemple comparé de contrats d'assurances collectives (en allemand).
- Annexe 3 : Statistique de l'assurance maladie obligatoire (OFSP) T 6.03 Verischerer, Versicherte, Prämien und Leistungen nach Einzel-und Kollektivverträgen (2013, en allemand uniquement).
- Annexe 4 : Statistique de l'assurance maladie obligatoire (OFSP) T 6.03 Taggeldversicherung laut KVG [LAMal] und VVG [LCA]. Prämien und Leistungen im Vergleich (2003-2013, en allemand uniquement).

Annexe 1

Chronique politique de l'assurance d'indemnités journalières maladie (1972-2004)²³

La situation avant 1996

11 février 1972	rapport de la commission d'experts « pour la révision de l'assurance-maladie » (« Modèle de Films »). L'on y proposait l'introduction d'une assurance obligatoire d'indemnités journalières pour les travailleurs.
19 mars 1973	message du Conseil fédéral accompagné d'un contre-projet à l'initiative du PS (FF 1973 I 908). L'indemnité journalière devait être couverte par une assurance obligatoire pour les travailleurs, financée par des cotisations paritaires des assurés et de leurs employeurs en pourcentage du salaire.
8 décembre 1974	rejet, par le peuple et les cantons, de l'initiative du PS et du contre-projet des Chambres fédérales.
31 janvier 1975	arrêté fédéral réduisant certaines prestations de la Confédération (RS 611.02) ; sur la base de cet arrêté, les subsides fédéraux alloués aux caisses-maladie pour l'assurance d'indemnités journalières ont été supprimés.
5 juillet 1977	rapport de la commission d'experts « pour une révision partielle de l'assurance-maladie », où est notamment proposée l'introduction d'une assurance d'indemnités journalières obligatoire pour les salariés.
19 août 1981	message du Conseil fédéral sur la révision partielle de l'assurance-maladie (projet LAMM ; FF 1981 II 1069). Le Conseil fédéral y propose l'introduction d'une assurance d'indemnités journalières, y compris en cas de maternité, obligatoire pour les salariés et financée par des cotisations paritaires des employeurs et des salariés sous la forme d'un pourcentage du salaire.
17 mars 1986	dépôt par le PS et l'Union syndicale suisse (USS) de l'initiative populaire « pour une saine assurance-maladie ». Celle-ci demandait que la Constitution fédérale soit ainsi modifiée : l'assurance d'indemnités journalières est obligatoire pour tous les travailleurs. Elle verse, en cas de perte de gain par suite de maladie, une indemnité journalière d'au moins 80 % du salaire assuré. L'assurance est financée par des cotisations en pourcentage du salaire assuré, dont les employeurs supportent la moitié au moins. La Confédération veille à ce que les personnes non assurées en vertu de la loi puissent conclure une assurance d'indemnités journalières pour des prestations en cas de maladie ou d'accident.

²³ Conseil fédéral (2009 : 41-45).

20 mars 1987	adoption du projet LAMM par les Chambres fédérales (programme d'urgence). L'idée d'une assurance d'indemnités journalières obligatoire pour les travailleurs est abandonnée, l'ancien cheval de bataille du projet ayant dû faire face aux assauts redoublés de la critique au cours des débats parlementaires. En lieu et place, les Chambres ont décidé d'introduire une assurance obligatoire garantissant aux mères, exerçant ou non une activité lucrative, une allocation en cas de maternité s'inspirant du système des APG.
6 décembre 1987	rejet du projet LAMM en votation populaire.
6 novembre 1991	présentation du message du Conseil fédéral sur la révision de l'assurance-maladie (message LAMal) en tant que contre-projet indirect à l'initiative populaire « pour une saine assurance-maladie ». Le Conseil fédéral y reprenait sous une forme quasi inchangée la réglementation en vigueur sur l'assurance d'indemnités journalières (assurance perte de gain), après que le Parlement, à l'occasion de la dernière tentative de révision de l'assurance-maladie (message du 19 août 1981) eut déjà refusé l'introduction d'une assurance d'indemnités journalières obligatoire pour les travailleurs et que le Conseil fédéral eut décidé de se concentrer dans son projet sur l'assurance obligatoire des soins.
4 décembre 1994	rejet, en votation populaire, de l'initiative populaire « pour une saine assurance-maladie » et acceptation de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) par le peuple et les cantons.

La situation après 1996

Dans son message du 21 septembre 1998 concernant l'arrêté fédéral sur les subsides fédéraux dans l'assurance-maladie et la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (FF 1999 763), le Conseil fédéral a souligné l'impossibilité de résoudre les problèmes liés à l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie par de simples retouches de la loi.

De nombreuses interventions parlementaires : Interpellation Brunner du 18 juin 1996 [96.3283 ; LAMal. Assurance d'indemnités journalières en cas de maladie] ; motion Schmid du 21 mars 1997 [97.3173 ; LAMal. Assurance d'indemnités journalières] ; motion Maury Pasquier du 16 juin 1997 [97.3294 ; LAMal. Assurance pour indemnités journalières en cas de maladie] ; question ordinaire Borel du 19 juin 1997 [97.1100 ; LAMal. Indemnités journalières. Respect de la loi par les caisses-maladie] ; interpellation Robbiani du 14 juin 2000 [00.3279 ; LAMal. Indemnités journalières en cas de maladie] ; motion CSSS-N (00.2014) du 25 février 2000 [00.3420 ; LAMal. Revenu assuré en cas de maladie] ; question ordinaire Robbiani du 10 décembre 2002 [02.1140 ; LCA. Travailleurs frontaliers et accords bilatéraux] ; motion Rennwald du 3 octobre 2002 [02.3578 ; LCA. Libre passage dans l'assurance-maladie dans le cadre des accords bilatéraux] ; postulat Robbiani du 10 décembre 2002 [02.3693 ; LCA. Indemnités journalières. Lacunes] ; motion Robbiani du 22 septembre 2003 [03.3458 ; Disparité de traitement des travailleurs frontaliers] ; postulat CSSS-N du 16 janvier 2004 [04.3000 ; Lacunes et incohérences de la LAMal en matière d'indemnités journalières] ; motion Robbiani du 6 octobre 2005 [05.3626 ; Mettre l'assurance perte de gain à la portée de tous] ; postulat Graf-Litscher du 20 juin 2007 [07.3395 ; LCA. Primes élevées lors du passage à une assurance individuelle d'indemnités journalières]) ont néanmoins pointé du doigt des dispositions problématiques et des lacunes qui sont apparues dans la pratique.

Dans ses réponses à ces interventions, le Conseil fédéral a pu s'exprimer sur la réglementation et la pratique actuelles de l'assurance d'indemnités journalières. Il a aussi constaté que la situation actuelle n'était pas entièrement satisfaisante du point de vue sociale, mais que l'objectif à poursuivre en priorité dans l'assurance-maladie sociale était la

consolidation de l'assurance obligatoire des soins et que le problème de l'assurance d'indemnités journalières pourrait être abordé sur le fond ultérieurement.

Initiative populaire « pour un revenu assuré en cas de maladie (Initiative indemnités journalières) »

En 1998, l'Union syndicale suisse a lancé l'initiative populaire « pour un revenu assuré en cas de maladie (Initiative indemnités journalières) », qui a échoué au stade de la récolte des signatures. Elle demandait une assurance d'indemnités journalières obligatoire pour tous les travailleurs (chômeurs compris). En cas d'incapacité de travail due à la maladie, l'indemnité versée aurait été de 80 % au moins du gain assuré et elle aurait été versée à compter du 31^e jour de maladie pendant au moins 730 des 900 jours qui suivent. L'assurance aurait été financée par les cotisations des assurés ; l'employeur ou l'assurance-chômage aurait pris en charge la moitié au moins du montant de ces cotisations.

Pétition (00.2014 ; Pour un revenu assuré en cas de maladie)

Se référant à l'initiative qui n'avait pu réunir le nombre requis de signatures, la Confédération des syndicats chrétiens de Suisse (CSCS) a déposé le 25 novembre 1999 une pétition de 17 000 signatures par laquelle elle invitait le Conseil fédéral et le Parlement à prendre des mesures visant à introduire une assurance d'indemnités journalières obligatoire en cas d'incapacité de travail due à la maladie. Les auteurs de la pétition proposaient une modification de la Constitution conforme à ce que demandait l'initiative de l'USS. Dans son avis, le DFI a reconnu que l'assurance facultative d'indemnités journalières posait des problèmes et admis qu'une assurance obligatoire allant dans le sens de la pétition résoudrait certainement quelques-uns des problèmes existants. Mais il émettait simultanément des doutes sur l'acceptabilité politique d'une révision en profondeur de ce domaine, ajoutant que le DFI était réticent à l'idée de corrections fondamentales dans l'assurance d'indemnités journalières, susceptibles d'empêcher la consolidation de l'assurance obligatoire des soins qui se dessinait graduellement. L'évolution de l'assurance d'indemnités journalières devait néanmoins, indubitablement, être suivie avec attention. S'il apparaissait que les inconvénients évoqués pour le système actuel s'aggravaient de telle manière qu'on ne pourrait plus en prendre la responsabilité, il faudrait alors envisager, si nécessaire, des mesures appropriées au niveau de la loi également.

Les deux Chambres ont transmis la pétition au Conseil fédéral pour qu'il en prenne acte.

Initiative du Canton du Jura (03.301 ; Lacunes et incohérences de la LAMal en matière d'indemnités journalières)

Se fondant sur la Constitution fédérale, le Canton du Jura a proposé aux Chambres fédérales de modifier la LAMal afin que soit garantie la couverture de la perte de salaire ou de gain en cas d'incapacité de travail due à la maladie. Sur proposition de leur commission préparatoire respective, le Conseil national, le 16 janvier 2004, et le Conseil des Etats, le 16 février 2004, ont décidé de ne pas donner suite à l'initiative.

Initiatives parlementaires

Une initiative parlementaire déposée en 2003 (03.403 ; Robbiani. Assurance d'indemnités journalières obligatoire en cas de maladie) a été retirée par son auteur le 16 janvier 2004 après que la CSSS-N eut transmis le postulat 04.3000 (Lacunes et incohérences de la LAMal en matière d'indemnités journalières). Le conseiller national Robbiani a proposé en 2004, par une autre initiative parlementaire (04.427 ; LCA. Adaptation), d'adopter des dispositions spécifiques ayant trait aux domaines d'assurance liés aux assurances sociales. Il l'a retirée le 5 novembre 2004.

Annexe 2

Exemple comparé de contrats d'assurances collectives

Cette offre compare plusieurs assureurs qui proposent une assurance collective à une société avec une masse salariale de plus de 4 millions de francs suisses.

Qualitätshandbuch

Quervergleich Kollektiv-Krankentaggeldversicherung

Kunde: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX Bern		Gesellschaften													
Versicherter Personenkreis															
Leistungsmerkmale		A		B		C		D		E		F		G	
Gesamtes Personal															
AHV Lohnsumme - Männer															
AHV Lohnsumme - Frauen															
Total Lohnsumme		CHF 4'489'166													
Variante 1															
Taggeldhöhe		80%													
Leistungsdauer		730 Tage / Wartezeit 30 Tage													
Variante 2															
Taggeldhöhe															
Leistungsdauer															
Prämie Variante 1		CHF	%	CHF	%	CHF	%	CHF	%	CHF	%	CHF	%	CHF	%
Wartezeit 30 Tage		36'362	0.81	83'947	1.87	57'910	1.29	38'607	0.860	94'272	2.210	82'152	1.83	101'904	2.27
Prämie Variante 2		CHF	%	CHF	%	CHF	%	CHF	%	CHF	%	CHF	%	CHF	%
Weitere Merkmale															
Prämiensatzgarantie															
Tarifgarantie															
Jährliches Kündigungsrecht															
Kündigungsverzicht im Schadensfall															
Grenzgänger mitversichert															
Nachleistung Grenzgänger bei Beendigung															
Kinderzulagen mitversichert															
Versicherbarer Höchstlohn															
Überschussbeteiligung															
Ja / Nein															
Abrechnungsperiode															
Prämienanteil															
Überschussanteil															
Rabatt / Schadenfrei															
<p>Wortlaut der Offerten wiedergeben kann. Massgebend sind in jedem Fall ausschliesslich die Offertunterlagen der Versicherungsgesellschaften. Wir haben diesen Offertvergleich nach bestem Wissen und mit grösstmöglicher Sorgfalt vorgenommen und unsere Erfahrungen einfließen lassen. Dennoch können wir für Übertragungs- und Interpretationsfehler keine Haftung übernehmen. Es gelten ausschliesslich die vorliegenden Originalofferten und deren Versicherungsbestimmungen.</p>															

4 Realisierung / 4.7 Krankentaggeld

Erstellt: DH

Seite 1 / 1
Rev. 2 / 20.09.2013

Annexe 3

T 6.03 Versicherer, Versicherte, Prämien und Leistungen nach Einzel- und Kollektivverträgen ¹				2013
Anzahl / Betrag	Einzelversicherung	Kollektivversicherung ³	Total	Veränderung gegenüber Vorjahr
Anzahl Versicherer	57	33	60	0.0%
Versichertenbestand ²				
Männlich	88'111	-	-	-8.5%
Weiblich	117'071	-	-	-8.0%
Total	205'182	-	-	-8.2%
Prämiensoll in Franken				
Männlich	20'519'956	155'040'133	175'560'089	-1.1%
Weiblich	13'193'659	59'418'582	72'612'241	-3.5%
Total	33'713'615	214'458'715	248'172'330	-1.8%
Prämiensoll in Franken pro Versicherte(n)				
Männlich	233	-	-	0.5%
Weiblich	113	-	-	1.1%
Alle Versicherte	164	-	-	0.7%
Leistungen in Franken				
Männlich	16'494'626	121'153'198	137'647'824	1.2%
Weiblich	8'691'594	44'898'675	53'590'269	2.7%
Total	25'186'220	166'051'873	191'238'093	1.6%
davon Mutterschaft	164'975	3'676'366	3'841'341	-11.1%
Leistungen in Franken pro Versicherte(n)				
Männlich	187	-	-	1.1%
Weiblich	74	-	-	4.2%
Alle Versicherte	123	-	-	2.1%
Datenstand: 1.7.14				
Quelle: Formular EF 3.9 und T 5.03				
1) Getrennte Rechnungsführung für die Einzel- und die Kollektivversicherung wird nur bei unterschiedlichen Prämientarifen verlangt (vgl. Art. 75 Abs. 2 KVG).				
2) Versichertenbestand am 31.12.				
3) In der Kollektivversicherung gibt es auch Lohnsummenverträge, bei denen die Zahl der Versicherten nicht bekannt ist.				
Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2013, Bundesamt für Gesundheit				

Annexe 4

T 9.10 Taggeldversicherung KVG / VVG ⁵ ab 2003 in Mio. Fr.

Jahr	Prämien ⁴				Nettleistungen ⁴			
	KVG-Versicherer		Privat-versicherer	Total	KVG-Versicherer		Privat-versicherer	Total
	freiwillige Versicherung KVG ¹	Versicherung VVG ²	Versicherung VVG ³		freiwillige Versicherung KVG ¹	Versicherung VVG ²	Versicherung VVG ³	
2003	354.1	295.5	2'059.8	2'709.4	309.9	266.9	1'821.8	2'398.6
2004	354.1	466.0	2'199.5	3'019.5	277.9	341.4	1'729.0	2'348.4
2005	340.1	497.8	2'145.0	2'982.9	251.1	268.0	1'547.5	2'066.6
2006	315.8	549.0	2'152.4	3'017.2	220.6	347.8	1'471.9	2'040.3
2007	299.3	544.4	2'152.2	2'995.8	207.7	361.8	1'413.6	1'983.1
2008	279.1	601.7	2'165.6	3'046.5	198.3	376.5	1'588.3	2'163.2
2009	267.0	613.9	2'277.3	3'158.2	197.2	416.7	1'765.9	2'379.8
2010	247.7	635.5	2'210.9	3'094.1	191.6	422.6	1'869.4	2'483.6
2011	240.0	609.7	2'324.8	3'174.5	188.2	541.7	1'827.6	2'557.5
2012	245.0	663.4	2'402.9	3'311.3	188.3	575.4	1'956.4	2'720.1
2013	235.0	605.0	2'547.6	3'387.6	191.2	530.8	2'198.2	2'920.2

Datenstand: 6.2.15

1) Quelle: T 6.04 Bruttoprämien [3000+3005+330] und bezahlte Leistungen [4000+4005] (->2011: T 6.04 Bruttoprämien [60-65] und bezahlte Leistungen [30-33]). Mit Unfallversicherung.

2) Quelle: T 7.02 Krankentaggeld VVG (BAG, EF 1.12C). Mit Unfallversicherung.

Quelle: (2004->2011: Quelle: T 7.03 Krankentaggeld VVG (BAG). Mit Unfallversicherung / -> 2003: Bundesamt für Privatversicherungen [BPV]. Ohne Unfallversicherung)

3) Quelle: Die privaten Versicherungseinrichtungen in der Schweiz (FINMA), Total der Tabelle AS03N, C, D [ohne Unfallversicherung] - Total KVG Versicherer für die VVG Versicherung [Spalte 2].

(-> 2007: Die privaten Versicherungseinrichtungen in der Schweiz (BPV), detaillierte Fassung der Tabelle AS03N. Ohne Unfallversicherung)

Die Zusatzversicherungen gemäss VVG der KVG-Versicherer (Krankenkassen) sind nicht in diesen Zahlen inbegriffen (siehe Spalte 2).

4) Privatversicherer: Prämien = verdiente Prämien brutto; Leistungen = Zahlungen für Versicherungsfälle / KVG-Versicherer: Prämien = Bruttoprämien ; Nettogleistungen = bezahlte Leistungen.

5) Summe aller Prämien und aller Nettogleistungen.

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2013, Bundesamt für Gesundheit