



Notice complémentaire 2016/2017/2018



relative au Guide pratique 2015 des

Ligue suisse contre le cancer
Ligue pulmonaire suisse
Ligue suisse contre le rhumatisme
Association suisse du diabète
Fondation suisse de cardiologie

Modifications valables dès le 1er janvier 2016 / 1^{er} janvier 2017 / 1^{er} janvier 2018

Page 22

Obligation d'assurance

Les sans-papiers (personnes sans autorisation de séjour valable) aussi ont l'obligation de s'assurer. Les assurances maladie sont donc obligées d'assurer ces personnes sur demande. Avant la conclusion d'un contrat d'assurance, il conviendrait de prendre contact avec un service de conseil spécialisé (voir www.sans-papiers.ch, pour y trouver des adresses).

Pages 24

Fin de la protection d'assurance

Remarque : Il existe entre l'OFAS et le SEM un accord aux termes duquel les personnes relevant du domaine de l'asile et qui sont atteintes de tuberculose sont autorisées à achever leur traitement en Suisse. L'exécution d'une éventuelle décision de renvoi est suspendue jusqu'à la fin du traitement.

Page 28

Traitements à l'étranger

Remarque : L'Office fédéral de la santé peut approuver des programmes de collaboration transfrontalière qui permettent le remboursement de traitements déterminés effectués dans un pays voisin pour des personnes qui habitent les régions frontalières de la Suisse. Les assurés ne peuvent être obligés de se faire traiter à l'étranger. Un tel programme est en cours dans la Suisse du nord-ouest concernant des rééducations en milieu hospitalier.

Page 34

Prestations obligatoires des caisses maladies en cas de tumeur

Conformément aux directives de la Société Suisse de Médecine Nucléaire (SSMN), la **tomographie par émission de positrons TEP** doit être prise en charge depuis le 1^{er} janvier 2016, également pour l'évaluation de tumeurs cérébrales et la réévaluation de tumeurs cérébrales malignes.

Depuis le 1^{er} janvier 2017, l'**hyperthermie des surfaces superficielles et profondes** en combinaison avec une radiothérapie ou une brachythérapie en cas de maladies tumorales diverses relève des prestations obligatoires. Les indications particulières (pour l'hyperthermie des surfaces superficielles, notamment les récurrences, pour l'hyperthermie profonde une contre-indication pour la chimiothérapie) doivent être retirées de l'OPAS.

La **radiothérapie postopératoire** du carcinome du sein des stades IIIA ou IIIC dans le cadre d'une étude-pilote menée par l'Institut Paul Scherrer n'est plus prise en charge par les caisses maladie depuis le mois de juillet 2015.

Pages 35/36

Prestations obligatoires des assurances maladies en cas de maladies pulmonaires

Après une transplantation des poumons, la **photophérèse extracorporelle** est prise en charge jusqu'à nouvel avis par les assurances maladie, mais seulement en cas de syndrome bronchiolitique oblitérant, quand la suppression immunitaire augmentée et un traitement aux macrolides sont restés vains.

Page 40

Choix du médecin

Depuis le 1^{er} janvier 2018, les caisses maladies doivent prendre en charge les coûts d'un traitement prodigué par un médecin à l'extérieur du canton, au tarif applicable à ce prestataire de soins.

Page 41/42

Psychothérapie

Remarque complémentaire : Une maladie cancéreuse peut avoir des effets sur toute la vie de la personne atteinte et de ses proches. La maladie et son traitement n'affectent pas seulement le corps mais aussi l'esprit et les relations sociales. Le domaine spécialisé de la **psycho-oncologie** s'occupe de ces thèmes et offre un soutien pour maîtriser la situation de vie modifiée par la maladie. Vous trouverez des offres auprès de la Ligue contre le cancer (voir annexe 9.1).

Page 45

Chirurgie reconstructive

Remarque complémentaire : La **réduction par opération des plis de la peau** résultant d'une grosse perte de poids n'est généralement pas prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. Dans un récent arrêt (9C_319/2015), le Tribunal fédéral

avait décidé que, dans le cas d'espèce, il ne s'agissait pas d'une défiguration de l'apparence extérieure.

Page 49

Lien avec la liste des spécialités

L'état actuel de la liste des spécialités peut être consulté sur internet : www.spezialitaetenliste.ch/default.aspx

Page 49/50

Prise en charge d'aliments spéciaux en cas d'infirmité congénitale

Le Tribunal fédéral a décidé que les produits alimentaires diététiques spéciaux remboursés par l'AI en cas de maladie du métabolisme devaient être pris en charge par l'assurance maladie à partir du 20^e anniversaire, même s'ils ne figurent ni dans la liste des médicaments en matière d'infirmités congénitales (LMIC) ni dans une autre liste (142 V 425).

Page 61

Rééducation en milieu hospitalier

La prise en charge des coûts de rééducation en milieu hospitalier ne nécessite plus depuis le 1^{er} janvier 2018 une autorisation expresse, mais seulement une **recommandation** du médecin-conseil.

Pages 64/65

Mesures préventives de détection précoce des tumeurs

Les frais de la **vaccination contre le virus du papillome humain (VPH)** sont pris en charge comme suit : Une vaccination de base des jeunes filles de 11 à 14 ans et jusqu'au 30 juin 2018 une vaccination des jeunes filles et des jeunes femmes de 15 à 26 ans, pour autant que le vaccin s'inscrive dans un programme cantonal de vaccination.

Précision : Est prise en charge l'**analyse visant à détecter la présence de sang occulte dans les selles** pour le dépistage du cancer du côlon, tous les deux ans pour la tranche d'âge de 50 à 69 ans (plus la coloscopie en cas de résultat positif); ou une **coloscopie** tous les dix ans pour la tranche d'âge de 50 à 69 ans. La coloscopie de dépistage en cas de cancer du côlon familial (au moins trois parents du 1^{er} degré atteints ou un avant l'âge de 30 ans) est aussi prise en charge.

Depuis le mois de juillet 2015, les conditions de prise en charge des coûts d'une **mammographie digitale** et d'une **IRM mammaire** ont été redéfinies : Ces examens doivent être pris en charge par les caisses maladies pour les femmes présentant un risque familial moyen ou accru de cancer du sein ou un risque individuel comparable (classification du risque conformément au document de référence «Evaluation du risque» de l'OFSP).

Page 68

Les liges pulmonaires reconnues comme prestataires de services

La reconnaissance des liges pulmonaires comme prestataires de services est réglée dans des contrats avec tarifsuisse sa, CSS et le groupe HSK (Helsana, Sanitas, CPT).

Page 75

Supplément pour soins intenses

Le supplément pour soins intenses a été fortement augmenté à partir du 1^{er} janvier 2018. Il se monte à

31.30 francs par jour pour un soin d'au moins 4 heures en moyenne;

54.80 francs par jour pour un soin d'au moins 6 heures en moyenne;

78.30 francs par jour pour un soin d'au moins 8 heures en moyenne.

Page 76/77

Contribution d'assistance

Depuis le 1^{er} janvier 2018, le temps d'assistance assuré qui a été compensé par le **supplément pour soins intenses** n'est plus décompté.

Page 83

Liges pulmonaires considérées comme des prestataires de services

Des contrats ont été conclus entre la Ligue pulmonaire suisse et tarifsuisse sa, CSS et le groupe HSK, concernant la remise d'appareils d'aspiration, d'inhalation et de thérapie respiratoire, qui règlent la remise de moyens et d'objets à la charge de l'assurance maladie.

Page 84/85

Appareils d'inhalation

Depuis le 1^{er} janvier 2016, sont admises l'utilisation de chambres à expansion ou chambres d'inhalation pour des inhalations avec des aérosols-doseurs (spray-doseurs) ainsi que l'utilisation d'appareils spéciaux pour les enfants âgés de moins de cinq ans et pour les plus de cinq ans.

Page 86

Appareils nCPAP pour le traitement du syndrome de l'apnée du sommeil : Outre la location, il est également possible d'acheter les appareils nCPAP dotés d'un système de compensation de la pression et d'enregistrement des données. En cas d'achat, il est possible, pour les deux systèmes, de faire une demande pour un nouvel appareil tous les cinq ans. Les conditions pour une prise en charge des frais sont un examen correct et une indication par un pneumologue ou par un centre du sommeil accrédité ainsi qu'une adaptation et une mise en place par du personnel spécialisé.

Appareils pour la ventilation mécanique à domicile pour le traitement de dysfonctionnements complexes et sévères de la respiration : Remarque complémentaire : un groupe d'experts du groupe de travail Ventilation à domicile de la SSP approuve les demandes sur mandat de la SVK.

Remarque générale à propos des appareils de traitement de maladies pulmonaires

Formation continue des professionnels de la santé, voir : www.liguepulmonaire.ch/formation-continue.

Page 87

Aides aux injections pour diabétiques

Complément : Les caisses maladies doivent prendre en charge les aides aux injections pour diabétiques (seringues à insuline jetables avec aiguille; stylo à injection d'insuline).

Système de surveillance en continu du glucose

Modification : À certaines conditions, les caisses maladies doivent prendre en charge les coûts de la mesure en continu du taux de sucre dans le sang (CGM) des patients traités à l'insuline. Les prestations consistent, c'est nouveau, en un forfait journalier. Elles présupposent l'accord préalable exprès de l'assurance, qui tient compte de la recommandation du médecin-conseil.

Page 98

Prothèses de l'œil

L'AI rembourse les prothèses de l'œil en verre, ainsi que les prothèses de l'œil en matière synthétique. Le taux est réglé par une convention avec le fournisseur.

Pour les personnes ne pouvant pas bénéficier des prestations de l'AI, les frais doivent être pris en charge par la caisse maladie (à concurrence de 683 francs pour les prothèses de l'œil en verre, 2114 francs pour les prothèses de l'œil en matière synthétique). Dans ce cas, 10% de ces frais sont à la charge de l'assuré.

Page 101

Appareils ménagers

Remarque complémentaire : Les coûts des appareils servant à la tenue du ménage ne sont remboursés par l'AI que s'ils améliorent considérablement la capacité de travail dans le ménage.

Page 130

Convention de libre passage

Remarque complémentaire : Des informations à ce propos, concernant l'adhésion d'assureurs à la convention de libre passage et les cas où cette convention s'applique, se trouvent sur le site Web de l'Association suisse d'assurances ASA (www.svv.ch/fr).

Page 137

Calcul de l'indemnité journalière de l'AI

L'indemnité de base s'élève à 80% du dernier revenu acquis par l'assuré sans restriction due à des raisons de santé, le maximum étant de 326 francs par jour depuis le 1^{er} janvier 2016. Les assurés qui suivent une formation professionnelle initiale et qui

ont atteint l'âge de 20 ans révolus touchent depuis le 1^{er} janvier 2016 une indemnité journalière de 122.10 francs par jour.

À cette indemnité de base s'ajoute depuis le 1^{er} janvier 2016 un supplément de 9 francs par jour et par enfant. Additionnés, l'indemnité de base et le supplément pour enfant ne doivent pas dépasser 407 francs par jour.

Page 138

Petite indemnité journalière

La petite indemnité journalière se monte à 40.70 francs par jour depuis le 1^{er} janvier 2016 (elle serait de 122.10 francs par jour, si la personne concernée avait terminé la formation avant toute atteinte à sa santé). S'y ajoute, depuis le 1^{er} janvier 2016, un supplément de 9 francs par enfant et par jour.

Page 141

Notion d'invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux

Dans un arrêt récent (141 V 281), le Tribunal fédéral a abandonné sa longue pratique selon laquelle les troubles somatoformes, la fibromyalgie et autres «syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique» sont, en règle générale, objectivement surmontables. Il exige maintenant que l'éventuel caractère invalidant de telles atteintes soit investigué sans a priori par le biais d'une grille d'information structurée : Il convient de vérifier en particulier si, en l'état actuel des connaissances médicales, les possibilités thérapeutiques indiquées ont été épuisées et si la personne concernée s'est montrée coopérative dans le traitement. Il faut en outre clarifier la question de la persistance des douleurs et celle de leur intensité dans la vie privée et dans la vie professionnelle. Enfin, le Tribunal fédéral exige que, d'une part, les ressources personnelles soient davantage prises en compte dans la maîtrise de l'affection, mais que, d'autre part, il soit tenu compte de la complication du processus de guérison par la présence d'autres diagnostics de troubles somatiques et psychiques. Cette nouvelle pratique est appliquée dans toutes les procédures en cours depuis le mois de juin 2015, mais cela ne constitue pas un motif pour réclamer le réexamen d'un dossier clos et entré en force.

Page 141

Notion d'invalidité en cas de maladies dépressives

Dans un récent arrêt de novembre 2017 (8C 130/2017), le Tribunal fédéral a déclaré la pratique développée pour les troubles somatoformes douloureux déterminante pour juger de toutes les maladies psychiques, et notamment des **maladies dépressives**.

Page 142

Incapacité de gain

Remarque complémentaire : Les chances limitées de retrouver du travail **à un âge avancé** ne sont généralement pas prises en compte pour l'établissement d'une incapacité de gain. C'est seulement si une personne proche d'atteindre l'âge de l'AVS est incapable de poursuivre l'activité longtemps exercée que l'AI doit encore examiner s'il

est possible, compte tenu de la capacité de travail restante, de trouver une nouvelle activité adaptée sur le marché du travail.

Page 144

Revenu de personnes valides chez les handicapés précoces

Les montants ont été adaptés comme suit à partir du 1^{er} janvier 2018

57 400 francs pour les moins de 21 ans

65 600 francs pour les moins de 25 ans

73 800 francs pour les moins de 30 ans

82 000 francs pour les plus de 30 ans

Page 144

Méthode de la comparaison d'activité

Le degré d'invalidité correspond au préjudice subi par la personne assurée dans son domaine d'activité (tenue du ménage, éducation des enfants, aide à des parents). Il est mesuré sur la base d'une enquête effectuée par une personne de l'AI aux fins de clarification à l'aide d'un questionnaire standard. Il est demandé aux membres de la famille vivant dans le même ménage de décharger autant que possible la personne assurée pour limiter le préjudice causé par son invalidité.

Page 144

Méthode mixte

Pour les personnes qui, sans être atteintes dans leur santé, exerceraient une activité rémunérée à temps partiel et s'occuperaient du ménage à temps partiel également, les deux méthodes se combinent. Dans le domaine de l'activité lucrative, depuis le 1^{er} janvier 2018, la rente d'invalidité présumée n'est plus comparée avec le revenu hypothétique de l'activité à temps partiel, mais avec le revenu maximal d'une activité à 100%. Le degré d'invalidité qui en résulte sera pondéré selon le taux d'activité.

Exemple :

■ Madame X, si elle était en bonne santé, serait salariée à 60% et gagnerait 30'000 francs par an. Le reste du temps, elle s'occuperait de son ménage.

. Pour des raisons de santé, Madame X ne gagne plus que 15'000 francs par an (revenu d'invalidité raisonnable). Par comparaison avec le revenu hypothétique maximal sans invalidité (50'000 francs), il résulte un taux d'invalidité de 70%. Pondéré par le facteur de l'activité antérieure à temps partiel (60%), il en résulte une invalidité de 42% (70% de 60%) en ce qui concerne le revenu.

■ Madame X est handicapée à 25% dans son ménage, soit 10% d'invalidité (25% de 40%).

■ Résultat : un taux d'invalidité de 52% (42% + 10%).

Remarque : Le nouveau mode de calcul valable depuis le 1^{er} janvier 2018 pour la méthode mixte s'applique pour toutes les nouvelles annonces arrivées après le 1^{er} janvier 2018 ainsi que pour les procédures en cours (avec effet à compter du 1^{er} janvier 2018). Dans les cas où, sur la base de l'ancienne méthode de calcul, un quart de rente, une demi-rente ou trois quarts de rente ont été alloués, un nouveau calcul est

effectué d'office. La personne à qui a été refusée une rente en raison de la méthode mixte précédemment valable, peut déposer une demande de nouveau calcul..

Page 146

Période minimale de cotisations

Précisions à propos de la remarque : les périodes de cotisations accomplies par des citoyens suisses ou des citoyens provenant d'États de l'Union européenne ou de l'AELE alors qu'ils se trouvaient dans l'un de ces États, sont comptabilisées dans la période minimale de cotisations. Dans ces cas aussi, les cotisations AVS/AI doivent avoir été payées pendant une année au moins avant la survenance de l'invalidité.

Page 151

Conventions de sécurité sociale

En 2015, la Suisse a également conclu une convention de sécurité sociale avec l'Uruguay et la Corée du Sud, et en 2017, avec la Chine.

Pour les ressortissants croates, depuis le 1^{er} janvier 2017, les règles qui s'appliquent sont celles qui sont valables pour les États de l'UE.

Page 158

Réduction de la rente

Les principes de réduction des rentes des caisses de pension sont énoncés aux art. 34 LPP et 24 OPP2. Les caisses de pension peuvent prévoir dans leur règlement une réduction de la rente d'invalidité (jusqu'à ce que soit atteint l'âge de l'AVS) si, ajoutée à d'autres revenus à prendre en compte, elle dépasse 90% du gain annuel dont on peut présumer que l'intéressé est privé de par son invalidité. Sont considérés comme des revenus à prendre en compte les rentes ou les prestations en capital, ainsi que les revenus provenant d'une activité lucrative de l'assuré invalide, qu'il a réellement effectuée ou que, selon toute vraisemblance, il pourrait effectuer, mais pas les allocations pour impotence.

Page 161

Revenu déterminant

Remarque complémentaire : Pour les conjoints qui ne sont pas invalides, un revenu présumé est calculé, s'ils ne sont pas actifs dans la mesure exigible. Eux aussi peuvent apporter la preuve à décharge que malgré des recherches poussées ils ne peuvent trouver d'emploi.

Page 174

Réduction des rentes de survivants des caisses de pension

Les principes de réduction des rentes des caisses de pension sont énoncés aux art. 34 LPP et 24 OPP2 : Les caisses de pension peuvent décider que les prestations d'ensemble pour les survivants peuvent être réduites, pour autant qu'ajoutées à d'autres revenus calculables elles dépassent 90% du gain estimé perdu en conséquence du décès.