GUIDE ASSURANCES SOCIALES

UN GUIDE PRATIQUE POUR LES PME

ÉTAT : 1.1.2026

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).

Table des matières

Aperçu 3

La sécurité sociale en Suisse : les lois fédérales 4

Sécurité sociale et conventions collectives de travail 9

Importance des assurances sociales pour les PME 10

Sécurité sociale et conventions internationales 12

Guide 15

L'assurance-vieillesse et survivants (AVS) 16

L'assurance-invalidité (AI) 27

Les prestations complémentaires (PC) 32

Les prestations transitoires pour chômeurs âgés (Ptra) 33

Les allocations pour perte de gain (APG) 34

L'assurance-chômage (AC) 43

L'assurance-accidents (AA) 51

L'assurance-maladie (AMal) 57

L'assurance militaire (AM) 63

La prévoyance professionnelle (2e pilier) 66

Le 3e pilier 73

Les allocations familiales 75

Dispositions particulières dans l'agriculture 78

Protection en cas de maternité, de paternité ou de prise en charge de proches 81

Les assurances complémentaires 85

Cas concrets 88

Les premiers pas vers l'indépendance 89

L'entreprise engage du personnel 91

Qui fait quoi et quand ? 93

Faire face à un cas de maladie 95

Une employée est enceinte 97

Absence liée au service militaire 98

Faire face à un cas d'accident 99

Faire face à une réduction de l'horaire de travail 101

Faire face à une interruption de travail en raison d'intempéries 103

En cas de résiliation du rapport de travail 105

Les assurances à contracter en tant que propriétaire d'entreprise 105

Service 107

Liste des abréviations 108

Quelques définitions 110

Aperçu

La sécurité sociale en Suisse : les 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, pour les autres, pas assez. Développer en permanence le système d'assurances sociales et l'adapter aux 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 survivantes (rentes de veuves, de veufs et d'orphelins). Les prestations dépendent du niveau de 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 répartition : la génération active finance les rentes des personnes à la retraite. 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 personnes salariées sont payées pour moitié par les employeurs et pour moitié par les employés. Les personnes exerçant une activité indépendante assument elles-mêmes l'intégralité de leurs cotisations personnelles, mais bénéficient d'un taux de cotisation inférieur et d'un barème dégressif pour les revenus modestes. 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 et financière.

L'assurance-invalidité (AI)

L'assurance-invalidité a pour but de réadapter ou réinsérer dans le monde du travail les personnes qui, à la suite d'une maladie, d'un accident ou d'une infirmité congénitale, sont limitées dans l'exercice de leur activité lucrative ou d'une activité comparable (travaux habituels). Il s'agit de prévenir, réduire ou pallier l'invalidité. Une rente n'est versée que lorsqu'une réadaptation ou une réinsertion dans la vie active n'est plus partiellement ou complètement possible. Le principe de la réadaptation prime donc clairement la rente. À cet effet, un large éventail de mesures de réadaptation est à disposition pour soutenir les employeurs désireux de participer à l'insertion professionnelle des personnes atteintes dans leur santé, par exemple les contributions financières lors de mesures de réinsertion ou les allocations d'initiation au travail. Mentionnons également le reclassement, le placement et la location de services. Des mesures de réadaptation peuvent être mises en œuvre à tout moment afin d'améliorer la capacité de gain des bénéficiaires de rente. Elles visent à soutenir activement les personnes concernées en les préparant au marché primaire de l'emploi et ainsi à les 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 et tant les personnes assurées que leurs employeurs ont droit, dans ce processus, à des conseils et un suivi par l'AI. 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 comme 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 à l'AVS ou à l'AI dans le besoin a ainsi légalement droit à une prestation complémentaire. Le besoin doit être établi dans chaque cas. Le montant de la prestation 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'État ; aucune cotisation n'est prélevée sur les salaires.

Les prestations transitoires pour chômeurs âgés (Ptra)

Les prestations transitoires sont des prestations destinées aux personnes qui arrivent en fin de droit dans l'assurance-chômage à 60 ans ou plus. Elles doivent couvrir les besoins vitaux des bénéficiaires, au plus tard jusqu'à ce qu'ils atteignent l'âge ordinaire de la retraite. Les bénéficiaires doivent remplir un certain nombre de conditions, notamment avoir été assurés au moins 20 ans à l'AVS en Suisse et ne disposer que d'une fortune modeste. Ces prestations sont financées par la Confédération ; aucune cotisation n'est prélevée sur les salaires.

Les allocations pour perte de gain (APG)

Le régime des allocations pour perte de gain (APG) compense en partie la perte de gain due à l'obligation de servir (service militaire, service civil, protection civile notamment), en cas de nouvelle parentalité (naissance ou adoption) et en cas de prise en charge d'un enfant gravement atteint dans sa santé en raison d'une maladie ou d'un accident. Cette assurance est obligatoire et toutes les personnes assujetties à l'AVS/AI y cotisent. Les cotisations sont perçues en même temps et de la même manière que celles de l'AVS et de l'AI.

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 indemnités de chômage, 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 l'employé. Les personnes exerçant une activité indépendante ne peuvent pas s'assurer.

L’assurance-accidents (AA)

Toute personne employée est obligatoirement assurée 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 peut être mise à la charge du personnel.

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 personnes 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 l’employeur et l’employé.

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 civil ou la protection civile. 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 personnes assurées n’ont aucune obligation de verser des primes, à l’exception de celles qui sont assurées à titre professionnel et de celles qui sont assurées auprès de l’assurance facultative (assurées à titre professionnel en étant à la retraite).

La prévoyance professionnelle (PP) ou 2e pilier

La prévoyance professionnelle a pour objectif de permettre aux personnes âgées, survivantes ou à l'AI de conserver dans une large mesure leur niveau de vie antérieur, en complément des rentes AVS ou AI. L'obligation de s'assurer commence en même temps que les rapports de travail ; au plus tôt, à 17 ans révolus. Dans un premier temps, les cotisations ne couvrent que les risques de décès et d'invalidité. À partir de 25 ans, la personne assurée cotise également au titre de la rente de vieillesse. Toute personne exerçant une activité lucrative dépendante est soumise 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 (AFam)

Les allocations familiales visent à compenser, en partie, les frais d'entretien d'un ou plusieurs enfants. La loi fédérale sur les allocations familiales (LAFam) prescrit des montants minimaux pour l'allocation pour enfant et l'allocation de formation, applicables pour toute la suisse. Les cantons peuvent toutefois verser des montants plus élevés. Toute personne exerçant une activité lucrative dépendante ou indépendante a en principe droit aux allocations familiales. Les prestations pour les personnes salariées sont presque uniquement financées par les employeurs. Les personnes sans activité lucrative ayant un faible revenu ont aussi droit aux allocations familiales.

Les allocations familiales pour les agricultrices et agriculteurs indépendants ainsi que pour leur personnel sont réglées par la loi fédérale sur les allocations familiales dans l'agriculture.

Protection en cas de parentalité

Les femmes actives professionnellement bénéficient, en plus de l'allocation maternité, d'une protection légale contre le licenciement pendant la grossesse et les seize semaines qui suivent l'accouchement. Elles ont l'interdiction de travailler pendant les huit semaines qui suivent l'accouchement. De manière générale, des conditions de travail adaptées et des mesures de protection particulières doivent être prévues pour les femmes enceintes ou qui allaitent.

Les autres parents ne bénéficient pas d'une protection contre le licenciement. Cependant, si l'employeur résilie le contrat de travail et que la personne employée bénéficie d'un congé de l'autre parent, le délai de résiliation est prolongé à hauteur du nombre de jours de congé restants au moment de la résiliation. Les personnes accueillant un enfant en vue de son adoption ne bénéficient d'aucune protection contre le licenciement.

Les parents d'enfants gravement atteints dans leur santé bénéficient d'une protection contre le licenciement au maximum jusqu'au sixième mois du délai-cadre.

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 employés membres d'un syndicat, dans la mesure où cette association ou ce syndicat l'ont signée. Afin de simplifier les choses, un employeur peut aussi déclarer qu'une CCT est valable pour toute son entreprise, que ses effectifs 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 tout le personnel, et pas seulement aux membres d'un syndicat.

Les CCT « étendues »

À certaines conditions énoncées dans la loi fédérale sur l'extension du champ d'application de la convention collective de travail (LECCT), 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 au personnel 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 tout le personnel 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'État 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 : 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).

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 leur personnel. 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 : exercent-elles une activité indépendante ou sont-elles employées ? 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 ainsi que leurs proches bénéficient d'une bonne couverture sociale obligatoire en cas d'accident, de maladie, de chômage, lorsqu'elles atteignent l'âge de la retraite et en cas de décès.

Il en va tout autrement pour les personnes exerçant une activité indépendante, qui assument seules leurs responsabilités. Le personnel dirigeant des PME court aussi des risques en ce qui concerne les assurances. C'est pourquoi ces personnes doivent être au fait des assurances qu'elles possèdent. Le cas échéant, si elles ne bénéficient pas de la protection d'une assurance obligatoire, il leur appartient de prendre les mesures individuelles qui s'imposent.

Comment procéder ? Elles doivent s'annoncer à la caisse de compensation compétente pour être assurées 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
	Employeur (sur le salaire brut)	**Personne salariée (sur le salaire brut)**	**Personne indépendante (sur le revenu)**	
AVS|AI|APG	5,3 % Frais d'administration : jusqu' à 5 % de la somme des cotisations Obligatoire	5,3 % Pas de frais d'administration Obligatoire	10 % (barème dégressif) Frais d'administration : jusqu'à 5 % de la somme des cotisations Obligatoire	Caisses de compensation cantonales ou professionnelles
Allocations familiales (état 2023)	De 0,8 à 3,8 % (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 (0,42%)	De 0,6 à 3,8 % (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	CAF cantonale ou CC pour les allocations familiales régies par la LFA, CAF gérée par une caisse de compensation AVS ou CAF professionnelle ou interprofessionnelle reconnue par les cantons
Assurance-chômage	1,1 % jusqu'à 148 200 francs	1,1 % jusqu'à 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	CNA, 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	CNA, assurances privées, caisses publiques d'assurance-accidents ou caisses-maladie
Assurance-maladie	Assurance obligatoire des soins : les primes dépendent du domicile et de la caisse-maladie choisie ainsi que du choix éventuel d'un modèle particulier. 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 personnes étrangères ou domiciliées à l'étranger ? Une partie de votre personnel exerce temporairement son activité à l'étranger ? Dans quel pays faut-il 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 États 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, Suisse), le régime suisse de sécurité sociale est coordonné avec les régimes de ces États. L'ALCP s'applique aux personnes de nationalité suisse ou d'un État membre de l'Union européenne (UE) ; la Convention AELE révisée, aux personnes de nationalité suisse, islandaise, norvégienne et liechtensteinoise. 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 États concernés doivent traiter les personnes assurées des autres États membres de la même manière que leurs propres citoyennes et citoyens.

Pour les personnes qui travaillent simultanément dans plusieurs États de l'UE ou de l'AELE (par ex. actives dans l'expédition ou au service externe, et responsables pour plusieurs pays), seul un État est en principe compétent pour l'obligation de cotiser. Des règles détaillées relatives à la coordination de cette obligation entre les États 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 États touche en principe, lorsqu'elle a atteint l'âge de la retraite ou devient invalide, une rente partielle de chacun de ces États. Toutefois, la personne doit avoir payé dans chacun de ces États des cotisations pendant une année au moins et avoir accompli les périodes d'assurance minimales imposées par chaque État. Les périodes d'assurance accomplies dans les différents États sont prises en compte si nécessaire.

Toute personne qui a une couverture d'assurance-maladie dans un de ces États a droit, lorsqu'elle habite ou séjourne dans un autre État 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 États membres de l'UE ou de l'AELE. Les soins sont fournis et pris en charge selon les dispositions de la législation de l'État de séjour ou de résidence. Si une personne se rend dans un autre État à seule fin d'y recevoir un traitement, les prestations ne sont prises en charge par son

assurance-maladie que si celle-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 la caisse compétente. 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 État soit tenu à prestations. Au cas où des prestations seraient dues dans plusieurs États 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 États membres doivent être octroyées pour des motifs identiques, le principal critère secondaire est le domicile de l'enfant. Si la prestation de l'État compétent qui vient en premier est inférieure à celle de l'autre État, ce dernier paie la différence.

Les conventions avec d'autres États

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 personnes assurées d'États tiers. On trouvera de plus amples informations ainsi que la liste des conventions de sécurité sociale sur le site de l'OFAS : Informations sur les conventions bilatérales de sécurité sociale.

Accord de sécurité sociale avec le Royaume-Uni

La Suisse et le Royaume-Uni ont conclu une nouvelle convention de sécurité sociale à la suite de la sortie du Royaume-Uni de l'Union Européenne (Brexit). L'accord assure à long terme la coordination des systèmes de sécurité sociale des deux Etats dans la continuité de l'Accord sur la libre circulation des personnes (ALCP).

La nouvelle convention de sécurité sociale été appliquée provisoirement depuis le 1er novembre 2021. Elle est entrée en vigueur définitivement le 1er octobre 2023.

Elle contient les mêmes principes de coordination que l'ALCP : égalité de traitement, détermination de la législation applicable, totalisation des périodes d'assurance, exportation des prestations, assistance administrative et coopération entre autorités et institutions. Les dispositions du droit de coordination de l'UE (règlements de l'UE n° 883/2004 et n° 987/2009) ont été allégées et adaptées aux besoins des deux Etats.

De plus amples informations se trouvent sur le site Internet de l'OFAS : Relations avec le Royaume-Uni.

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 personnel auprès de clientèles à l'étranger ou encore d'engagement de personnes 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 État est soumise au droit des assurances sociales de cet État, quel que soit son domicile. 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 **personnes étrangères** soumises aux prescriptions légales suisses, elle les annonce aux mêmes organes que pour le personnel suisse.

Les **travailleuses et travailleurs détachés**, c'est-à-dire les personnes qui travaillent temporairement pour leur employeur suisse dans un État de l'UE ou de l'AELE, ou dans un État 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 État de l'UE ou de l'AELE, ou un État 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 ou de contacter rapidement la caisse de compensation.

Les mémentos de l'OFAS donnent des informations détaillées sur le détachement. Ils sont disponibles à l'adresse : www.ofas.admin.ch > Cotisations et Prestations > Situations en lien avec l'étranger > Vous cherchez des informations sur le travail détaché ?

Renseignements

OFAS : Assurances sociales internationales – Aperçu
OFAS : Situations en lien avec l'étranger

OFSP / Relations internationales UE/AELE :
Relations internationales
Assurance-maladie : Assurés domiciliés à l'étranger

Secrétariat d'État 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 au départ à la retraite ou au décès de la personne assurant le soutien de la famille.

AVS | Les personnes assurées

Sont obligatoirement assurées à l’AVS :

- les personnes qui exercent une activité lucrative en Suisse, donc en principe également le personnel frontalier et étranger ;
- les personnes qui sont domiciliées en Suisse, donc également les enfants et les personnes n’exerçant pas d’activité lucrative (pour cause d’études, de retraite, de travail au foyer, etc.).

Les personnes de nationalité suisse et d’États 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’elles aient été assujetties à l’AVS/AI pendant cinq ans au moins immédiatement avant leur sortie de l’assurance obligatoire. Peuvent également rester affiliés à l’assurance obligatoire : les personnes travaillant à l’étranger pour un employeur dont le siège se trouve en Suisse, ainsi que les jeunes aux études de moins de 30 ans sans activité lucrative domiciliés à l’étranger pour autant qu’ils aient été assurés à l’AVS/AI pendant au moins cinq années consécutives 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

Toute personne exerçant une activité lucrative doit 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, quiconque a eu 17 ans le 17 août 2025 paie des cotisations à l’AVS depuis le 1er janvier 2026. 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 1er 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 la personne assurée atteint l’âge de la retraite (âge de référence) et qu’elle cesse d’exercer une activité lucrative. Cet âge est fixé à 65 ans. Les femmes nées avant 1964 sont soumises à un autre âge de référence :

Année de naissance ♀	**Âge de référence**
Jusqu’à 1960	64 ans
1961	64 ans et 3 mois
1962	64 ans et 6 mois
1963	64 ans et 9 mois
À partir de 1964	65 ans

Toute personne qui travaille après avoir atteint l'âge de référence doit continuer à payer les cotisations à l'AVS/AI/APG, mais non à l'AC. Une franchise de 16 800 francs par année s'applique sauf si la personne assurée annonce vouloir verser des cotisations sur l'ensemble de ses revenus.

Les personnes n'exerçant aucune activité lucrative doivent payer des cotisations dès le 1er 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 de référence. 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 l'employé. 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 10,6 % du salaire, indépendamment de leur montant, soit 5,3 % pour chacune des parties (voir l'encadré).

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

Cotisation en pourcentage du salaire

	Cotisation de l'employeur	Cotisation de l'employé	Total
AVS	4,35 %	4,35 %	8,7 %
AI	0,70 %	0,70 %	1,4 %
APG	0,25 %	0,25 %	0,5 %
Total	5,3 %	5,3 %	10,6 %

Les cotisations à l'assurance-chômage sont payées en même temps que celles à l'AVS/AI/APG. Le montant total demandé est donc supérieur aux 10,6 % 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 collaboratrices et collaborateurs ;
- les parts aux bénéfices ;
- 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 prend en charge le logement et la nourriture de son personnel :

	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 qui travaillent dans l'exploitation familiale se voient appliquer les salaires globaux mensuels suivants (salaire en espèces et en nature) :

Membres de la famille célibataires	Fr. 2 070.–
Membres de la famille mariés	Fr. 3 060.–
Entretien d'enfants mineurs	Fr. 690.–

Salaires minimes

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 2500 francs par an, les cotisations AVS ne sont perçues que si elle le demande expressément. Pour le personnel employé dans le ménage privé de l'employeur, et pour les personnes actives dans les domaines de la culture et des médias, 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

À 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 5400 francs, indemnités analogues dans les cours pour monitrices et moniteurs jeunesse de tir, 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 (si une liquidation partielle de l'institution de prévoyance ou un licenciement collectif réglé par un plan social a eu lieu), pour autant qu'elles ne dépassent pas quatre fois et demie le montant maximal de la rente annuelle de vieillesse. En revanche, les indemnités journalières de l'assurance-invalidité et de l'assurance militaire, les allocations de

chômage et pour perte de gain (APG), ainsi que le salaire versé par l'employeur en cas de maladie ou d'un des congés parentaux, sont notamment soumis à l'AVS.

AVS | Les prestations

L'AVS connaît les prestations suivantes :

- la rente de vieillesse (y compris, le 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 atteignent l'âge de référence touchent une rente de vieillesse ordinaire. Cet âge est fixé à 65 ans. Les femmes nées avant 1964 sont soumises à un autre âge de référence :

Année de naissance ♀	Âge de référence
Jusqu'à 1960	64 ans
1961	64 ans et 3 mois
1962	64 ans et 6 mois
1963	64 ans et 9 mois
À partir de 1964	65 ans

De plus amples informations sur le relèvement progressif de l'âge de référence pour les femmes et sur les autres mesures de la réforme AVS 21 figurent dans le mémento publié par le Centre d'information AVS/AI : 31 - Stabilisation de l'AVS (AVS 21) Qu'est-ce qui change ?

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 cotisation complète donne droit à une rente complète de l'AVS. Il y a durée de cotisation complète lorsque les cotisations ont été versées depuis le 1er janvier suivant le 20e anniversaire jusqu'au 31 décembre qui précède l'accomplissement de l'âge de référence.

Les personnes assurées qui ont des enfants bénéficient de bonifications pour tâches éducatives. Celles 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. Un changement d'emploi s'accompagne généralement d'un changement de caisse de compensation. Tous les revenus

versés auprès des différentes caisses de compensation sont additionnés. La somme obtenue est ensuite multipliée par un facteur dit de revalorisation, qui varie en fonction de l'entrée dans l'assurance et 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 ne peuvent pas toujours être comblées. Pour combler des lacunes, il est possible de prendre en compte les périodes de cotisations versées avant le 1er janvier de l'année durant laquelle la personne atteint l'âge de 20 ans révolus (prise en compte des années de jeunesse) ou les mois de cotisation dans l'année de la naissance du droit avant la retraite.

Les personnes qui poursuivent une activité lucrative après l'âge de référence peuvent, à certaines conditions, combler des lacunes de cotisations grâce aux périodes de cotisations accomplies entre l'âge de référence et jusqu'à cinq ans après, afin d'améliorer le montant de leur rente de vieillesse (dans la limite du montant maximal de l'échelle correspondante). Une demande de nouveau calcul doit être déposée à cet effet. De plus amples informations à ce sujet figurent dans le mémento publié par le Centre d'information AVS/AI : 3.08. Nouveau calcul de la rente de vieillesse après l'âge de référence.

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

À la caisse de compensation auprès de laquelle les cotisations ont été versées par le dernier employeur en date. Pour les personnes qui exerçaient une activité indépendante, il s'agit de la caisse où elles se sont acquittées 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. À compter du 1er janvier 2025, la rente minimale de vieillesse se monte à 1260 francs par mois, la rente maximale à 2520 francs par mois (pour une durée de cotisation complète).

À partir de 2026, une 13e rente de vieillesse est accordée une fois l'an à toutes les personnes qui ont droit à une rente de vieillesse en décembre. Le montant de la 13e rente correspond à un douzième de la somme des rentes de vieillesse perçues durant l'année civile concernée. Le versement de la 13e rente de vieillesse est effectué sous la forme d'un supplément à la rente de vieillesse pour le mois de décembre. Le premier versement a lieu en décembre 2026.

Conventions avec d'autres pays

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

Albanie, Allemagne, Australie, Autriche, Belgique, Bosnie et Herzégovine, Brésil, Bulgarie, Canada/Québec, Chili, Chypre, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, États-Unis, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Israël, Italie, Japon, Kosovo, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Macédoine du Nord, Malte, Monténégro, Norvège, Pays-Bas, Philippines, Pologne, Portugal, République tchèque, Roumanie, Royaume-Uni, Saint-Marin, Serbie, Slovaquie, Slovénie, Suède, Tunisie, Turquie, Uruguay.

Les droits aux prestations résultent des différents accords multilatéraux et bilatéraux conclus. Aucune prestation de vieillesse n'est versée aux personnes provenant de tous les autres pays qui ne sont pas domiciliées en Suisse. Elles ont toutefois droit au remboursement de leurs cotisations AVS, si elles ont cotisé pendant une année au moins.

Les conventions conclues avec la Chine, l'Inde et la Corée du Sud règlent uniquement le détachement de personnel et le remboursement des cotisations. Elles ne contiennent pas de dispositions relatives à la coordination des droits aux prestations.

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, étant entendu que seules les années civiles entières sont prises en compte. Le revenu de l'année du mariage et de celle du divorce n'est pas inclus dans le partage.

Une retraite anticipée est-elle possible ?

Grâce au système de retraite flexible, la rente de vieillesse peut être perçue de manière anticipée, en mois, pour une durée de deux années au maximum, ou ajournée (au moins une année) pour une durée de 5 ans au maximum. L'anticipation entraîne une réduction du montant de la rente déterminée en fonction de la durée de l'anticipation. L'ajournement de la rente entraîne l'augmentation de son montant.

Il est également possible d'anticiper ou d'ajourner une partie seulement de la rente de vieillesse, ou d'opter pour une combinaison entre anticipation et ajournement.

Rentes de survivants

En cas de décès d'une personne assurée avant qu'elle ait atteint l'âge de la retraite, des rentes de survivants sont, à certaines conditions, versées à la conjointe ou au conjoint qui reste, ainsi qu'aux enfants. Le partenariat enregistré est assimilé au mariage.

Les veuves et les veufs ont droit à une rente, s'ils ont un ou plusieurs enfants, indépendamment de leur âge, lors du décès du conjoint. L'épouse de la mère est également considérée comme une veuve qui a un enfant si elle était mariée avec la mère au moment de la naissance, et que l'enfant a été conçu conformément aux dispositions de la loi sur la procréation médicalement assistée et qu'il existe par conséquent un lien de filiation (art. 255a, al. 1, CC).

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.

En revanche, un veuf sans enfant ne peut prétendre à une rente de survivant. Il en va de même pour les partenaires enregistrés qui sont assimilés à des veufs.

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 elle a atteint l'âge de 45 ans et que son cadet n'a pas encore 18 ans.

Une personne divorcée qui ne remplit pas au moins l'une des deux conditions mentionnées ci-dessus a seulement droit à une rente de veuve ou de veuf aussi longtemps qu'elle a des enfants âgés de moins de 18 ans.

L'épouse divorcée de la mère est également considérée comme une veuve avec enfant si elle était mariée avec la mère au moment de la naissance, et que l'enfant a été conçu conformément aux dispositions de la loi sur la procréation médicalement assistée et qu'il existe par conséquent un lien de filiation (art. 255a, al. 1, CC).

Une femme divorcée, sans enfant, est assimilée à une veuve si le mariage a duré au moins dix ans et que le divorce a eu lieu après qu'elle atteint l'âge de 45 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 personnes salariées d'une entreprise sont toutes assurées auprès de 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'entreprise devient membre de l'association, elle doit verser les cotisations à la caisse de compensation de cette association.

La caisse de compensation tient un compte individuel (CI) 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 AVS, 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 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 personnel 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 leur personnel.

Les paiements périodiques sont des acomptes. Le décompte définitif des salaires effectivement payés doit être annoncé auprès de la caisse de compensation jusqu'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 collaboratrices et 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 plusieurs assurances sociales et pour l'impôt à la source. Ainsi, le décompte des cotisations AVS, AI, APG, AC, des allocations familiales et l'impôt à la source se fait en une seule fois sur l'ensemble de la masse salariale, pour toute l'année, auprès du 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 22 680 francs par employé, masse salariale de l'entreprise ne dépassant pas 60 480 francs par an et procédure appliquée à l'ensemble du personnel. Notons également que la procédure simplifiée n'est pas ouverte aux sociétés de capitaux (SA, Sàrl, etc.) ni aux sociétés coopératives. La famille proche de l'employeur occupée dans l'entreprise ne peut pas non plus en bénéficier.

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 du personnel. Cela ne vaut donc pas la peine de repousser le paiement des cotisations.

AVS | Les personnes exerçant une activité indépendante

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 :

- La personne se présente sous une raison sociale. Elle dispose de sa propre infrastructure et établit les factures à son nom, assume le risque d'encaissement et, le cas échéant, effectue le décompte de la taxe sur la valeur ajoutée.
- La personne assume elle-même le risque économique. Elle décide elle-même de son organisation, de son mode de travail et de la remise de travaux à des tiers. De plus, elle travaille généralement pour une clientèle plurielle. Ainsi, une comptable qui ne travaille que pour une seule entreprise n'a pas un statut d'indépendante. De même, un agent n'est pas indépendant s'il travaille dans les locaux du mandant et exclusivement pour cet employeur.

Collaboration avec des personnes exerçant une activité indépendante

Quiconque travaille avec des personnes qui exercent une activité indépendante 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 personnes qui exercent une activité indépendante, 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 :

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

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 est de 60 900 francs. Les cotisations AVS/AI/APG n'étant pas prises en compte par les impôts, la caisse de compensation rajoute leur montant [(60 900 francs x 100) : (100 – 10)] et arrondit le montant ainsi obtenu au multiple de 100 francs immédiatement inférieur. Elle doit donc payer 6760 francs de cotisations à l'AVS.

Le calcul pour Joëlle R.	
Revenu imposable net (= revenu communiqué par l'autorité fiscale)	Fr. 60 900.–
- Intérêts sur les investissements	Fr. 0.–
Revenu après déduction des intérêts	Fr. 60 900.–

Revenu net après déduction des intérêts auquel les cotisations personnelles AVS/AI/APG ont été rajoutées	Fr. 67 667.–
Base de calcul AVS (montant arrondi au multiple de 100 frs immédiatement inférieur)	Fr. 67 600.–
10 % cotisations AVS/AI/APG	Fr. 6760.–

À la différence des personnes salariées, celles qui exercent une activité indépendante doivent payer la totalité de leurs cotisations aux assurances sociales. La cotisation est de 10 % du revenu acquis au cours de l'année de cotisation. Pour les revenus inférieurs à 60 500 francs, il y a un barème dégressif de cotisation allant de 9,321 % à 5,371 %. Ces cotisations plus faibles pour les personnes qui exercent une activité indépendante n'ont pas de conséquences sur les prestations, car c'est bien le revenu qui est assuré.

Cotisations pour les revenus supérieurs à 60 500 francs

AVS : 8,1 %
AI : 1,4 %
APG : 0,5 %
Total : 10 %

Pendant l'année de cotisation, la personne qui exerce une activité indépendante doit verser des acomptes de cotisation. Les caisses de compensation fixent définitivement les cotisations et établissent un décompte entre les acomptes de cotisations versées et les cotisations effectivement dues, dès qu'elles reçoivent la communication fiscale. Si la personne assurée constate pendant ou après l'année de cotisation que les acomptes de cotisation versés ne correspondent manifestement pas au montant effectivement dû, elle doit en faire part sans délai à la caisse de compensation. Des acomptes trop bas peuvent entraîner des intérêts moratoires. De même, quiconque 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 10 100 francs

Si une personne qui exerce une activité indépendante a perçu un revenu annuel égal ou inférieur à 10 100 francs et qu'elle établit que la cotisation minimale de 530 francs a déjà été prélevée sur le revenu d'une activité salariée exercée durant la même année, elle 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 530 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

gruenden.ch

La plateforme du canton de Zurich destinée aux jeunes entrepreneurs pour créer rapidement et simplement leur entreprise, avec un suivi pour la période suivant la création de l'entreprise : Ahead Zürich (uniquement en allemand ou en anglais)

Selbststaendigerwerbend.ch

La plateforme du centre d'information AVS/AI fournit toutes les informations utiles sur le travail indépendant et offre la possibilité de s'inscrire en ligne en tant qu'indépendant (eStatus) : Travailler à son compte.

AVS | Dispositions légales

Loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS)

Règlement sur l'assurance-vieillesse et survivants (RAVS)

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 personnes assurées 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.
Perçues en même temps que celles à l’AVS, les cotisations AI se montent à 1,4 % et sont à la charge pour moitié de l’employeur et pour moitié de l’employé. Les personnes qui exercent une activité indépendante assument seules 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 et financière. Les petites entreprises ayant une masse salariale modeste peuvent bénéficier d’une procédure de décompte simplifiée (voir page 23).

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 personnes de moins de 20 ans n’exerçant aucune activité lucrative sont considérées comme invalides si leur atteinte à la santé laisse présumer que leur capacité de gain ultérieure sera réduite, voire inexistante. Peu importe que l’atteinte résulte d’un accident, d’une maladie ou d’une infirmité congénitale et qu’elle 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 sont épuisées. Le droit à la rente et son montant dépendent du degré d’invalidité. L’échelle suivante est appliquée :

- Un taux de 40 % au moins donne droit à un quart de rente AI. Pour un taux d’invalidité supérieur à 40 % et inférieur à 50 %, des pourcentages spécifiques s’appliquent.
- Pour un taux d’invalidité entre 50 et 69 %, le pourcentage applicable correspond au taux d’invalidité (exemple : un taux d’invalidité de 50 % ouvre droit à une demi-rente AI).
- Pour un taux d’invalidité de 70 à 100 %, la rente octroyée est complète.

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 de 40 % ; 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 (âge de référence). Une rente pour enfant est versée si la personne au bénéfice d’une rente AI est en charge d’enfants de moins de 18 ans ou en formation, tout au plus jusqu’à l’âge de 25 ans. Le montant de la rente AI est calculé selon les années de cotisation, le revenu moyen, les

éventuelles bonifications pour tâches éducatives et pour tâches d'assistance. L'AI finance aussi des moyens auxiliaires, verse des allocations pour impotence et des contributions d'assistance pour aider les personnes concernées 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. Les risques financiers d'un tel engagement ont été fortement réduits. Dans ce processus, les offices AI peuvent renforcer leur soutien aux employeurs au moyen de conseils et de suivi.

Si un cas d'invalidité survient, la personne assurée doit elle-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 ou qui peut être téléchargé sur internet sur la page www.avs-ai.ch: Formulaires | Centre d'information AVS/AI. 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 et verse périodiquement cette moitié, avec la sienne, à la caisse de compensation.

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'une personne 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 l'employé. Si une collaboratrice ou un collaborateur est en incapacité de travail durant une longue période ou si son absence pour raisons de santé se répète 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 la personne concernée 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 : www.avs-ai.ch → Formulaires | Centre d'information AVS/AI

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 à la personne concernée. 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 formations, l'adaptation du poste de travail, l'accompagnement individuel, etc. L'employeur a une personne de contact à l'office AI, il est tenu au courant et associé activement au processus de réadaptation.

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

Les offices AI conseillent, accompagnent 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.

Lors de candidatures de personnes qui ont été longtemps absentes du marché de l'emploi, les employeurs peuvent bénéficier de soutien pour faciliter la réadaptation. L'entreprise où sont effectuées des 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. Durant cette période, la personne touche une indemnité journalière de l'AI. 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 la personne 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'une personne 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'entreprise, 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 encore insuffisante par rapport au salaire convenu. La location de services permet aux personnes en cours de réadaptation d'exercer une activité lucrative sur le marché primaire du travail en acquérant des compétences professionnelles et donne à l'employeur la possibilité de tester les capacités de l'assuré en vue d'une éventuelle embauche.

Plusieurs mémentos donnant un aperçu des instruments actuels de l'assurance-invalidité sont disponibles sur le site du Centre d'information AVS-AI sous : Prestations de l'AI | Mémentos | Mémentos & Formulaires | Centre d'information AVS/AI (ahv-iv.ch)

Cotisations aux assurances sociales

AVS/AI/APG/AC : toute personne touchant un salaire provenant d'une activité lucrative doit 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 l'employeur et pour moitié par l'employé.

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 le personnel.

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 personnes atteintes 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.

Entreprises désireuses 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 en son sein. 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-cadres.
- 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 équipe 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 la hiérarchie directe sont utiles et sont de nature à prévenir les conflits.

- Une information ouverte à l'intention des autres collaboratrices et collaborateurs leur permet de mieux comprendre les besoins spécifiques des collègues atteints dans leur santé.

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 assurances maladie et accidents ainsi que l'AI ont collaboré au lancement du portail d'information consacré à l'insertion professionnelle des personnes atteintes dans leur santé.

Conventions de collaboration avec les organisations faîtières du monde du travail (art. 68^{sexies} LAI)

La loi sur l'assurance-invalidité prévoit la possibilité de conclure des conventions de collaboration avec les organisations faîtières du monde du travail en vue de renforcer la réadaptation sur le marché primaire du travail des personnes atteintes dans leur santé. Dans ce cadre, des aides financières peuvent être octroyées pour soutenir des mesures concrètes, adaptées aux besoins des branches et aux contextes régionaux. Pour plus d'informations : Conventions de collaboration avec les organisations faîtières du monde du travail.

AI | Les personnes qui exercent une activité indépendante

À la différence des personnes salariées, celles qui exercent une activité indépendante doivent payer elles-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 10 % du revenu. Les cotisations sur les revenus inférieurs à 60 500 francs sont calculées selon un barème dégressif dont les taux varient de 9,321 à 5,371 %.

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

www.iv-stellen.ch (accès par la carte de la Suisse)

Caisses de compensation cantonales, professionnelles ou fédérale

Leurs adresses figurent sur Internet à l'adresse
www.ahv-iv.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

La personne concernée doit s'annoncer elle-même auprès d'une agence de la caisse cantonale de compensation de son lieu de domicile (exception : le canton de Zurich où les agences communales sont compétentes ; le canton de Bâle-Ville : Amt für Sozialbeiträge ; le canton de Genève : Service des prestations complémentaires (SPC)).

PC | Modification du salaire

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

PC | Perception

Les bénéficiaires de rente AVS ou AI peuvent calculer, à l'aide d'un outil en ligne ou d'une feuille de calcul, leur droit à des PC dès le début de la perception de la rente. Des informations plus précises sont disponibles auprès des caisses de compensation.

PC | Financement

Les PC sont intégralement financées par les pouvoirs publics (Confédération et cantons). Aucune cotisation n'est 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

PC | Dispositions légales

Loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (LPC)

Les prestations transitoires pour chômeurs âgés (Ptra)

Les prestations transitoires sont destinées aux personnes qui arrivent en fin de droit dans l'assurance-chômage à 60 ans ou plus. Elles doivent couvrir les besoins vitaux des bénéficiaires, au plus tard jusqu'à ce qu'ils atteignent l'âge ordinaire de la retraite. Les bénéficiaires doivent remplir un certain nombre de conditions, notamment avoir été assurés au moins 20 ans à l'AVS en Suisse et ne disposer que d'une fortune modeste.

Ptra | Généralités

En règle générale, une entreprise n'a pas directement affaire avec les prestations transitoires, puisque les bénéficiaires sont sans emploi depuis plusieurs années. Les organes chargés de l'exécution des prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI sont chargés de la mise en œuvre et traitent les demandes de prestations. Les bénéficiaires de prestations transitoires doivent continuer à faire des efforts pour s'intégrer sur le marché du travail.

Ptra | Demande

La personne concernée doit s'annoncer elle-même auprès d'une agence de la caisse cantonale de compensation de son lieu de domicile (exception : le canton de Zurich où les agences communales sont compétentes ; le canton de Bâle-Ville : Amt für Sozialbeiträge ; le canton de Genève : Service des prestations complémentaires (SPC) ; le canton de Vaud : Centre régional de décision (CRD)).

Ptra | Perception

L'organe d'exécution compétent calcule le montant des prestations et les verse directement à l'assuré.

Ptra | Financement

Les Ptra sont intégralement financées par la Confédération. Aucune cotisation n'est prélevée sur le salaire.

Ptra | Adresses

Organes d'exécution cantonaux Ptra

Les adresses de toutes les caisses de compensation figurent sur Internet à l'adresse : www.avs-ai.ch / Contacts / Organes d'exécution compétents en matière de Ptra

Ptra | Dispositions légales

Loi fédérale sur les prestations transitoires pour les chômeurs âgés

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.

Les APG compensent aussi les pertes de gain en cas de maternité (accouchement) : les femmes qui exercent une activité lucrative ou qui sont indépendantes ont alors droit à un congé de maternité de 14 semaines indemnisé par des allocations équivalant à 80 % du revenu moyen du travail qu'elles exerçaient avant l'accouchement (mais 220 francs par jour au maximum). Précisons que les mères dont le nouveau-né doit être hospitalisé plus de deux semaines directement après la naissance et qui continueront de travailler après leur congé ont droit à une prolongation de leur congé payé correspondant au nombre de jours que dure l'hospitalisation, mais au maximum à 56 jours. Dans un tel cas, le congé de maternité indemnisé correspondra à 154 jours au maximum.

Après une naissance, les pertes de gain du père (respectivement de l'épouse de la mère) sont également compensées par les APG : l'exercice d'une activité lucrative donne droit à un congé de l'autre parent de deux semaines, indemnisé à hauteur de 80 % du revenu moyen réalisé avant la naissance (mais au maximum 220 francs par jour).

Une allocation en cas d'adoption est octroyée aux personnes qui exercent une activité lucrative et qui accueillent un enfant de moins de quatre ans en vue de son adoption. L'indemnité journalière correspond à 80 % du revenu moyen de l'activité lucrative obtenu avant le début du droit à l'allocation, mais le montant de l'allocation ne pourra pas dépasser 220 francs par jour.

Par ailleurs, les parents qui doivent prendre en charge un enfant gravement atteint dans sa santé en raison d'une maladie ou d'un accident ont droit à un congé de 14 semaines, indemnisé par les APG (80 % du revenu moyen, mais au maximum 220 francs par jour).

APG | Les personnes assurées

Tout comme l'assurance-invalidité, les APG sont en relation étroite avec l'AVS. Elles couvrent l'ensemble de la population domiciliée en Suisse, sans tenir compte de la nationalité ou de la perception future d'une telle allocation.

APG | Droit des personnes faisant du service

Ont droit aux APG 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 Jeunesse et Sport, pour chaque jour de cours ;
- participent aux cours Jeunesse de tir, pour chaque jour de cours donnant droit à la solde de fonction.

APG | Droit en cas de maternité (accouchement)

En principe, toutes les femmes qui travaillent et en tirent une rémunération ont droit à une allocation de maternité après l'accouchement. 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 État 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 familiale contre un salaire 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'AA et que celles-ci sont versées en raison d'une activité lucrative antérieure. Les conditions sont aussi 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 | Droit de l'autre parent (ancien congé de paternité)

En principe, tout parent légal qui n'est pas la mère ayant accouché a droit à une allocation à l'autre parent après la naissance d'un enfant s'il exerce une activité lucrative et qu'il perçoit un revenu. Pour obtenir l'allocation, il faut remplir les conditions suivantes :

- Être l'autre parent légal de l'enfant (à savoir le père ou l'épouse de la mère[1]) au moment de la naissance ou le devenir au cours des six mois qui suivent ;
- avoir été assuré obligatoirement au sens de la LAVS durant les neuf mois précédant la naissance de l'enfant. Les périodes d'assurance effectuées dans un État 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 du taux d'occupation ;

[1] L'épouse d'une femme ayant accouché a les mêmes droits qu'un père légal, à la condition qu'elle était mariée avec la mère au moment de l'accouchement et que l'enfant a été conçu au moyen d'un don de sperme.

- à la date de la naissance de l'enfant, bénéficier de rapports de travail valables, exercer une activité indépendante ou travailler dans l'entreprise familiale contre un salaire en espèces.
- Les personnes qui ne sont ni salariées ni indépendantes remplissent aussi les conditions lorsqu'elles perçoivent des indemnités journalières de l'AC ou de l'AA et que celles-ci sont versées en raison d'une activité lucrative antérieure.
- Le père (ou l'épouse de la mère) qui, au moment de la naissance de l'enfant, effectue un service pour lequel il perçoit une APG, et dont les rapports de travail ont pris fin sans qu'il ne perçoive des indemnités de l'assurance-chômage, a droit à l'allocation si la condition de la durée de cotisation minimale pour l'octroi des indemnités de l'assurance-chômage est remplie.

APG | Droit en cas d'adoption

Un parent a droit à un congé d'adoption indemnisé par les APG aux conditions suivantes :

- accueillir un enfant de moins de quatre en vue de son adoption ;
- être salarié, avoir le statut d'indépendant ou travailler dans l'entreprise familiale contre un salaire en espèces à la date de l'accueil de l'enfant ;
- avoir été assuré obligatoirement au sens de la LAVS durant les neuf mois précédant l'accueil de l'enfant. Les périodes d'assurance effectuées dans un État de l'UE ou de l'AELE sont prises en compte sans restriction ;
- avoir exercé une activité lucrative durant au moins cinq mois pendant cette période, indépendamment du taux d'occupation.

En cas d'adoption conjointe, il n'existe qu'un seul droit à l'allocation et les deux parents doivent remplir les conditions d'octroi. Le droit peut être partagé entre les parents.

L'accueil simultané de plusieurs enfants ne fait naître le droit qu'à une seule allocation.

L'adoption de l'enfant du conjoint ou du partenaire au sens de l'art. 264c, al. 1 du Code civil ne donne pas droit à une allocation.

Un droit au congé d'adoption au sens de l'art. 329j CO ne peut exister que si les conditions relatives au droit à l'allocation d'adoption sont remplies.

APG | Droit en cas de prise en charge d'un enfant gravement atteint dans sa santé

Les parents qui doivent interrompre leur activité lucrative pour prendre en charge leur enfant gravement atteint dans sa santé à la suite d'une maladie (par exemple un cancer) ou d'un accident ont droit à un congé de prise en charge de 14 semaines, indemnisé par les APG. Ils doivent remplir l'une des conditions suivantes :

- exercer une activité lucrative, salariée ou indépendante ; ou
- toucher des indemnités journalières d'une autre assurance (chômage, maladie, accident, invalidité, militaire); ou
- bénéficier d'un contrat de travail valable, mais ne plus percevoir de revenu, car le droit au maintien du versement du salaire ou aux indemnités journalières est épuisé.

Les deux parents sont libres de se répartir comme ils veulent les 14 semaines.

L'enfant doit avoir moins de 18 ans au moment où le premier jour de congé est pris. Une atteinte grave à la santé se distingue d'une maladie bénigne et d'un accident léger par le changement majeur de l'état physique ou psychique subi par l'enfant, par l'évolution ou l'issue incertaine de ce changement (atteinte durable ou croissante à l'état de santé, voire même menant au décès) et par la nécessité d'une prise en charge intensive par les parents. Un médecin doit attester de l'atteinte grave à la santé.

Une rechute qui intervient après une longue période sans symptômes est reconnue comme étant un nouveau cas et ouvre le droit à un nouveau congé.

Pour les cas bénins, les parents ont droit au congé pour la prise en charge de proches, selon le code des obligations (voir p. 83).

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 2024 ne paiera donc des cotisations APG qu'à partir du 1er janvier 2025. 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 20e 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 référence doivent continuer de payer des cotisations AVS/AI/APG, mais seulement pour la partie de leur revenu qui dépasse 16 800 francs par année (1400 francs par mois). Toutefois, si elles veulent verser des cotisations sur l'ensemble de leurs revenus, elles peuvent renoncer à l'application de la franchise.

Les personnes qui n'exercent pas d'activité lucrative doivent payer des cotisations à partir du 1er 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 référence. 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. Les cotisations se montent à 0,5 % du revenu déterminant de l'activité lucrative. Elles sont à la charge pour moitié de l'employeur et pour moitié de l'employé (0,25 % chacun). Les personnes qui exercent une activité indépendante assument elles-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 et financière. Les petites entreprises ayant une masse salariale modeste peuvent bénéficier d'une procédure de décompte simplifiée (voir p.23).

APG | Les prestations

Prestations pour les personnes faisant du service

Toutes les personnes faisant du service ont droit à une allocation de base (par ex. 69 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. Seuls les frais de garde dûment établis sont remboursés, au maximum 75 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 (download). Ces tables ne comprennent ni l'allocation d'exploitation de 75 francs par jour ni l'allocation pour frais de garde dont le montant correspond aux frais effectifs, mais à 75 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 pour la mère qui accouche

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 220 francs par jour. Le montant maximum est atteint avec un revenu mensuel de 8250 francs pour une salariée ou un revenu annuel de 99 000 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. Les mères dont le nouveau-né doit être hospitalisé plus de deux semaines directement après la naissance et qui continueront de travailler après leur congé ont droit à une prolongation de leur congé de maternité correspondant au nombre de jours que dure l'hospitalisation, mais au plus à 56 jours. Dans un tel cas, le congé de maternité indemnisé correspondra à 154 jours au maximum.

Si l'autre parent légal décède au cours des six mois qui suivent la naissance de l'enfant, la mère a droit à 14 indemnités journalières supplémentaires. Le droit prend naissance le jour suivant le décès et le congé doit être pris, selon les modalités du congé de l'autre parent, dans un délai-cadre de six mois à compter du jour qui suit le décès. La mère doit d'abord percevoir de manière ininterrompue les 98 indemnités journalières ordinaires du congé de maternité.

Des informations complémentaires figurent dans le mémento publié par le Centre d'information AVS/AI : 6.02 Allocation de maternité.

Prestations pour l’autre parent (le père ou l’épouse de la mère)

L’allocation à l’autre parent (ancienne allocation de paternité) est versée sous forme d’indemnités journalières et se monte à 80 % du revenu moyen de l’activité lucrative exercée avant la naissance de l’enfant, mais au maximum à 220 francs par jour. Le montant maximum est atteint avec un revenu mensuel de 8250 francs pour un salarié ou un revenu annuel de 99 000 francs pour un indépendant. Le droit au congé naît au moment de la naissance de l’enfant et dure deux semaines, soit 10 jours ouvrables. Le congé de l’autre parent peut être pris sous forme de bloc ou de jours isolés dans les six mois suivant la naissance de l’enfant. Les deux semaines du congé donnent droit à 14 indemnités journalières de l'APG.

Si la mère décède le jour de l’accouchement ou au cours des 97 jours qui suivent, l’autre parent légal a droit à 98 indemnités journalières supplémentaires. Le droit prend naissance le jour suivant le décès et le congé doit être pris de manière ininterrompue. Le délai-cadre de six mois pour le versement de l’allocation à l’autre parent est suspendu pendant cette période. En cas de décès de la mère, le père ou l’épouse de la mère peut également avoir droit à la prolongation du congé à la suite d’un séjour prolongé de l’enfant à l’hôpital. Les conditions sont alors les mêmes que pour la mère.

Des informations complémentaires figurent dans le mémento publié par le Centre d’information AVS/AI : 6.04 Allocation à l'autre parent

Prestations en cas d’adoption

L’allocation d’adoption est versée sous forme d’indemnités journalières et se monte à 80 % du revenu moyen de l’activité lucrative exercée avant la date de l’accueil de l’enfant, mais au maximum à 220 francs par jour. Le montant maximum est atteint avec un revenu mensuel de 8250 francs pour une personne salariée ou un revenu annuel de 99 000 francs pour une personne indépendante. Les parents adoptifs pourront choisir lequel des deux bénéficiera du congé ; ils ont également la possibilité de le partager entre eux, sans toutefois pouvoir le prendre simultanément. Ce congé de deux semaines devra être pris dans l'année suivant le jour de l’accueil de l’enfant en vue de son adoption, sous forme de jours isolés ou de semaines. Aucune allocation n’est prévue pour les parents qui adoptent l’enfant de leur conjoint ou partenaire.

Des informations complémentaires figurent dans le mémento publié par le Centre d’information AVS/AI : 6.11 Allocation d’adoption

Prestations en cas de prise en charge d’un enfant gravement malade ou accidenté

L’allocation de prise en charge est versée sous forme d’indemnités journalières et se monte à 80 % du revenu moyen de l’activité lucrative, mais au maximum à 220 francs par jour. Le montant maximum est atteint avec un revenu mensuel de 8250 francs pour une personne salariée ou un revenu annuel de 99 000 francs pour une personne indépendante. Les 14 semaines (70 jours de congé ou 98 indemnités journalières) peuvent être réparties entre les deux parents. Le congé de prise en charge peut être pris en bloc ou sous forme de jours isolés dans un délai-cadre de 18 mois. Un certificat médical attestant d’une atteinte grave à la santé de l’enfant (par exemple un

cancer) doit être présenté. Des informations complémentaires figurent dans le mémento publié par le Centre d'information AVS/AI 6.10 Allocation de prise en charge.

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. L'entreprise prélève la moitié des cotisations sur le salaire 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 en cas de service

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 service comptable de l'unité, à la fin du service ou, pour les services de longue durée, dès le 10e 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 personnes qui exercent une activité indépendante ou sans activité lucrative envoient le questionnaire dûment rempli et signé directement à la caisse de compensation compétente. Pour les jeunes aux études, 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	69		220*
Service d'avancement = paiement de galons	124		220*
Sous-officiers en service long (après la formation de base commune)	102		220*
Recrues sans enfant / par analogie au nombre de jours de service civil		69	
Journées de recrutement		69	
Allocations pour enfants			
Pour chaque enfant		22	
Montant maximal de l'indemnisation totale sans allocation pour frais de garde ni allocation d'exploitation			275
Allocation pour frais de garde		Frais réels	75
Allocation d'exploitation		75	

* Le montant maximal est atteint pour un revenu de 8250 francs par mois ou de 99 000 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

Allocations APG pour les parents

Les allocations pour perte de gain sont versées au parent qui y a droit ou à son employeur si celui-ci continue de verser le salaire pendant le congé de maternité, le congé de l'autre parent, le congé d'adoption ou le congé de prise en charge.

	Montant de l'allocation	Maximum / francs par jour
Allocation de maternité / autre parent / adoption Mère salariée ou indépendante Autre parent salarié ou indépendant	80 % du salaire	220*
Allocation de prise en charge d'un enfant Parents salariés ou indépendants	80 % du salaire	220*

* Le montant maximal est atteint pour un revenu de 8250 francs par mois ou de 99 000 francs par an.

APG | Les personnes qui exercent une activité indépendante

À la différence des personnes salariées, celles qui exercent une activité indépendante doivent payer elles-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 10 % du revenu. Les cotisations sur les revenus inférieurs à 60 500 francs sont calculées selon un barème dégressif dont les taux varient de 9,321 à 5,371 %.

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

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, 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 personnes assurées

Les personnes qui exercent une activité lucrative dépendante en Suisse sont en principe assurées contre 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

Toute personne qui exerce une activité lucrative dépendante en Suisse, ou qui travaille à l’étranger pour des entreprises suisses et dont le salaire est versé en Suisse, a en principe 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 1er janvier de l’année suivant celle où la personne a eu 17 ans. Elle prend fin lorsque cesse l’activité lucrative, mais au plus tard lorsque la personne atteint l’âge de référence donnant droit à une rente de vieillesse (art. 21, al. 1, LAVS). 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 les 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 prélevée sur la part du salaire dépassant ce montant. Toutes les cotisations sont dues à parts égales par l’employeur et l’employé.

AC | Les conditions et les prestations

Il faut remplir un certain nombre de conditions pour avoir droit aux 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 inscrite personnellement en vue d’être placée.

- Le chômage doit durer au moins deux jours de travail consécutifs et entraîner une perte de salaire. Quiconque 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 personnes étrangères doivent posséder un permis de séjour ou d'établissement valable leur permettant de travailler en Suisse. De plus, ils doivent effectivement séjourner en Suisse. Les personnes domiciliées à l'étranger, mais qui travaillaient en Suisse (personnel frontalier), touchent en principe des indemnités de chômage dans leur État de domicile aux conditions prévues par la législation de cet État en la matière.
- Il faut avoir dépassé l'âge scolaire et ne pas avoir atteint l'âge de de référence donnant droit à une rente de vieillesse (art. 21, al. 1, LAVS).
- 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 Suisses ou des personnes de l'UE/AELE dans un État 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 personnes frontalières domiciliées 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 en raison de formation, de maladie, d'accident, de maternité ou de séjour dans un établissement de détention, la personne concernée est libérée de l'obligation de cotiser, pour autant qu'elle soit domiciliée en Suisse depuis un certain temps. Sont également libérés des conditions relatives à la période de cotisation les Suisses et les personnes 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 et qui justifient d'une période de cotisation de six mois en Suisse. 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 ou de l'invalidité du conjoint ou de la suppression d'une rente AI sont également libérées de l'obligation de cotiser. 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.
- La personne assurée doit être apte à être placée, c'est-à-dire disponible et à même d'entreprendre un travail convenable ou de participer à des mesures de réinsertion. Elle doit en principe accepter immédiatement tout travail pouvant raisonnablement lui être assigné.
- Enfin, les prescriptions légales de contrôle doivent être satisfaites, en particulier la participation aux entretiens de conseil et de contrôle ainsi que 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 dans la société dans laquelle elles sont administratrices ou associées (par ex. dans une Sàrl), dans laquelle elles ont investi des fonds ou dans laquelle elles 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 837.0), son ordonnance (OACI ; RS 837.02) et les directives LACI IC du SECO. Ces documents, des brochures d'information à l'attention des personnes au chômage et des employeurs sont disponibles sur le site du SECO www.travail.swiss ou www.pme.admin.ch. Il existe également une jurisprudence abondante du Tribunal fédéral en la matière.

Si le droit aux prestations est reconnu, la personne assurée a droit à une indemnité de chômage correspondant à 70 % ou 80 % du salaire assuré. Le nombre d'indemnités journalières dépend de l'âge, d'une éventuelle 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, la personne assurée a 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)	Âge / 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[2]

[1)] Les personnes de ces catégories ont droit à 120 indemnités journalières supplémentaires si elles sont arrivées au chômage au cours des quatre ans qui précèdent l'âge donnant droit à une rente AVS.
[2)] Les personnes qui sont contraintes d'exercer ou d'étendre une activité salariée en raison de la suppression de leur rente de l'AI ont droit à 180 indemnités journalières au maximum.

Encouragement à la prise d'une activité indépendante

La LACI encourage aussi la prise d'une activité lucrative indépendante. Quiconque tombe au chômage sans en être responsable, 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 uniquement pendant la phase de planification d'un projet d'activité lucrative indépendante. Dès le début de l'activité lucrative indépendante, le droit aux indemnités journalières s'éteint.

Insolvabilité de l'employeur

En plus du droit à une indemnité de chômage, la loi sur l'assurance-chômage prévoit un droit à une indemnité en cas d'insolvabilité de l'employeur. Celle-ci couvre, pendant quatre mois au maximum, les créances de salaire des employés lorsqu'une procédure de faillite a été ouverte contre l'employeur, qu'une réquisition de saisie a été déposée contre lui pour créances de salaire, qu'une procédure de faillite n'est pas engagée pour cause d'endettement notoire de l'employeur ou en cas d'homologation du sursis concordataire ou d'ajournement d'une déclaration de faillite par la justice.

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 Sàrl), les membres de sa direction (qui touchent un salaire du point de vue du droit des assurances sociales) n'ont pas droit à l'indemnité en cas d'insolvabilité.

La demande d'indemnité en cas d'insolvabilité doit être déposée à la caisse de chômage publique du lieu de l'office des poursuites et faillites compétent. Elle 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 en cause 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, la personne salariée 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. L'entreprise prélève la moitié des cotisations sur le salaire 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. Le personnel a, dans ce cas, tout de même droit à une indemnité

de chômage. Ce qui compte, c'est le rapport de travail qui rend obligatoire l'affiliation à l'assurance et non l'acquittement effectif des cotisations par l'employeur.

Obligations de la personne assurée

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 pendant le délai de congé. En cas de contrat de travail de durée déterminée, l'obligation de rechercher un emploi débute trois mois avant l'expiration de celui-ci. Pendant toute la durée du chômage, la personne concernée 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 indemnité compensatoire. 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 (salaire fictif).

La personne assurée qui ne remplit pas ses obligations ou qui tombe au chômage par sa propre faute est sanctionnée par une diminution de son droit aux prestations. La durée pendant laquelle elle 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 placée peut entraîner la perte de tout droit à l'indemnisation. Si la personne concernée entreprend une activité lucrative indépendante, elle doit en informer la caisse d'assurance-chômage compétente. Si elle consacre tout son temps à mettre sur pied sa propre entreprise, elle n'est plus réputée apte au placement.

Pour en savoir plus : 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 personnes assurées dans le domaine de l'assurance-chômage. **Ces documents peuvent aussi être consultés en ligne sur le site du SECO :** www.travail.swiss.

AC | Points importants pour les PME

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

Lorsque, pour des motifs économiques, une réduction ou une suspension complète de l'activité de l'entreprise ne peut pas être évitée, l'indemnité en cas de réduction de l'horaire de travail peut être accordée à certaines conditions. Cette indemnité vise à compenser les diminutions temporaires du travail afin de maintenir les emplois. Elle offre ainsi une alternative aux licenciements imminents. L'indemnité ne compense pas un manque à gagner, mais la perte de travail concrète du personnel. 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'employeur, 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 droit à des indemnités de chômage (par exemple emplois frontaliers).

Les personnes dont le contrat de travail a été résilié, qui n'acceptent pas la réduction du temps de travail ou qui ont un emploi à durée déterminée, sont en apprentissage ou au service d'une organisation de travail temporaire n'ont pas droit à des indemnités en cas de réduction de l'horaire de travail. Sont également exclues de ce droit les personnes qui déterminent les décisions que prend l'employeur ou peuvent les influencer considérablement, en leur qualité d'associées, de détentrices d'une participation financière à l'entreprise ou de membres d'un organe dirigeant de l'entreprise, ainsi que 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 individuel 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 annoncer la réduction auprès de l'instance cantonale compétente en règle générale dix jours au moins avant son début. 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. À 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.travail.swiss.

Indemnisation en cas d'intempéries

Les indemnités en cas d'intempéries compensent les pertes de gain en cas d'interruption du travail dans 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. L'indemnité ne compense pas un manque à gagner, mais la perte de travail concrète du personnel. 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 toutes les personnes 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, le personnel travaillant dans l'une des branches concernées, mais qui est engagé par des entreprises de travail temporaire, n'a 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. Sont également exclues de ce droit les personnes qui fixent les décisions que prend l'employeur ou peuvent les influencer considérablement, en leur qualité d'associées, de détentrices d'une participation financière à l'entreprise ou de membres d'un organe dirigeant de l'entreprise, ainsi que leurs conjoints qui travaillent au sein de l'entreprise. 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 individuel et la conserve pendant cinq ans.

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

L'interruption de travail doit être annoncée à l'autorité cantonale au plus tard le 5^{e} jour du mois civil suivant l'interruption, 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.

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. Ces documents sont également disponibles sur le site Internet du SECO (www.travail.swiss).

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 (Sàrl) 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 toutefois lieu de tenir compte des points suivants : tant que l'entreprise n'est pas liquidée et que la personne assurée continue à faire partie de ses organes dirigeants (membre du conseil d'administration, associé indéfiniment responsable par exemple), elle n'aura droit ni à l'indemnité chômage, ni aux indemnités en cas d'intempéries ou de réduction de l'horaire de travail.. Le droit à l'indemnité présuppose que l'entreprise soit liquidée ou que la personne n'assume plus aucune responsabilité dirigeante en son sein.

AC | Adresses

Les caisses de compensation AVS et leurs succursales renseignent sur les cotisations à l'assurance-chômage. Pour leurs adresses : www.avs-ai.ch / Contacts / Caisses de compensation

Les caisses d'assurance-chômage, les autorités compétentes (offices régionaux de placement ORP ou autorités cantonales) et les brochures d'information renseignent sur toutes les prestations de l'assurance-chômage, tout comme le site internet : www.espace-emploi.ch

Portail PME du SECO : www.pme.admin.ch
Concernant l'AC : www.pme.admin.ch / Savoir pratique / Personnel / Gestion du personnel / Obligations de l'employeur / Assurances sociales / Assurance-chômage

AC | Dispositions légales

Loi fédérale sur l'assurance-chômage (LACI)

L’assurance-accidents (AA)

Toute personne employée est obligatoirement assurée contre les conséquences des accidents sur la santé, et contre les suites économiques et immatérielles de ceux-ci.

AA | Les personnes assurées

Qui est obligatoirement assuré à l’assurance-accidents ?

Toutes les personnes actives en Suisse sont obligatoirement assurées 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 :

- le personnel de maison ;
- les personnes effectuant des travaux de nettoyage dans les ménages privés ;
- les travailleuses et travailleurs à domicile ;
- les apprenants, 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 personnes salariées 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 bénéficiaires d’une rente AVS qui continuent à travailler en qualité de salarié, 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 personnes qui exercent une activité indépendante, 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 de la cheffe ou du chef d’entreprise en ligne ascendante et descendante
    - les gendres et les belles-filles de la cheffe ou du chef d’entreprise qui reprendront vraisemblablement l’exploitation avec le statut d’exploitant indépendant

- les personnes qui ne sont pas salariées, comme les femmes et les hommes au foyer, les élèves, les jeunes aux études et les personnes à la retraite
- le corps des sapeurs-pompiers de milice.

Les personnes salariées travaillant moins de huit heures par semaine auprès d'un employeur sont assurées uniquement contre les accidents professionnels (attention : dans ce cas, elles 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 la personne prend le chemin pour se rendre au travail.

Fin : l'assurance cesse de produire ses effets à la fin du 31e 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 qu'une personne est couverte 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 personnel, sous réserve de conventions plus favorables au personnel. L'employeur est débiteur du montant total des primes. Il déduit la part de la personne employée de son salaire.

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 assurées 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 la personne assurée 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 ou d'allocation de ménage conformément aux usages locaux ou professionnels. 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 personnes assurées 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 des médecins, dentistes ou, sur leur indication, par le personnel paramédical ainsi que par des chiropraticiens ;
- les médicaments et analyses sur prescription médicale ;
- le traitement, la nourriture et le logement en salle commune dans un hôpital ;
- les cures complémentaires et les cures thermales sur prescription médicale ;
- 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 sur prescription médicale (dispensés par une personne autorisée à fournir des soins à domicile), ainsi que des moyens auxiliaires, sont pris en charge par l'assurance. 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 assurances).

Indemnité journalière LAA

Si la personne assurée est totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite de l'accident, elle 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 la personne assurée devient invalide à la suite d'un accident, elle 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 la personne a droit à une rente de l'AI ou de l'AVS, l'assurance-accidents lui versera une rente complémentaire. Lorsqu'une personne 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 elle a eu 45 ans et le jour où l'accident est survenu.

Réductions de l'indemnité journalière et de la rente LAA

Si la personne assurée 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, la personne assurée souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, elle 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, la personne assurée a besoin de façon permanente de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir les actes élémentaires de la vie quotidienne, elle a droit à une allocation pour impotent. Celle-ci est versée mensuellement.

Rentes de survivants LAA

Lorsque la personne assurée décède des suites d'un accident, ses enfants et, à certaines conditions, le conjoint survivant ont droit à des rentes de survivants. Si les personnes survivantes 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 collaboratrices et 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 soumises[2] ;
- 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.

Que faire si une collaboratrice ou 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, la reprise doit être annoncée à l'ancien assureur dans un délai de quatorze jours.

AA | Les personnes qui exercent une activité indépendante

Assurance LAA facultative

Les personnes qui exercent une activité indépendante et qui sont domiciliées en Suisse peuvent s'assurer à titre facultatif pour un salaire annuel d'au moins 66 690 francs. Elles peuvent aussi assurer leur personnel qui ne l'est pas à titre obligatoire et les membres de leur famille pour un salaire annuel minimum de 44 460 francs. Les personnes indépendantes qui sont citoyennes d'un État membre de l'UE ou de l'AELE et qui sont domiciliées dans l'un de ces États 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 personnes qui exercent une activité indépendante 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 CNA) ;
- conclure un contrat ou informer la CNA avant le début des activités de l'entreprise.

[2] La loi fédérale sur l'assurance-accidents (art. 66) 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.

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 CNA, 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
(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). Il est recommandé aux employeurs d’informer leur personnel 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. Les personnes soumises à l’obligation de s’assurer peuvent choisir librement entre les assurances autorisées et actives dans leur région.

L’obligation de s’assurer s’étend notamment aux travailleuses et 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 (privée) 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 : Assurance-maladie : 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 la personne n’est plus soumise 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'assurance 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 de la même assurance, au même domicile (région de primes) et pour la même forme d'assurance. Les jeunes adultes paient une prime réduite et les enfants jusqu'à l'âge de 18 ans paient une prime 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'assurance.

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 des médecins et de l'hôpital (exemple : modèle Médecin de famille, modèle HMO)
- Choisir une forme particulière d'assurance avec consultation préalable par téléphone
- Conclure une assurance avec bonus

Si la personne assurée 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 la rendre attentive aux conséquences des retards de paiement. Si, malgré la sommation écrite, cette personne 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 personnes 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 personnes 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 personnes concernées ont acquitté leurs créances, de l'annulation de cette suspension.

AMal | Les prestations

Une assurance obligatoire des soins complète

L'assurance-maladie garantit 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 contrôle pendant la grossesse et après l'accouchement, cours de préparation à l'accouchement, accouchement, conseils en cas d'allaitement, soins au nouveau-né en bonne santé et frais du séjour, aussi longtemps que sa mère est elle aussi hospitalisée) ;
- mesures médicales de prévention (protéger la santé, comme les vaccins ou la mammographie)

L'obligation légale couvre pour l'essentiel, après déduction de la participation aux coûts, les 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 prescription médicale, une contribution à certains moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques, 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 dans cet autre hôpital pour des raisons médicales ou en cas d'urgence.

L'assurance obligatoire des soins 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 une infirmière ou un infirmier prodiguant des soins) ou dans un établissement médico-social, aux mesures de réhabilitation 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 et non évitables du système de mastication ou des maladies graves spécifiques.

Séjour à l'étranger

En cas de traitement d'urgence dans un État hors UE/AELE/UK, 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 voyage complémentaire peut être nécessaire pour certains pays

(par ex. les États-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, de l'AELE ou au Royaume-Uni, les personnes assurées doivent emporter la carte européenne d'assurance-maladie fournie par leur assureur. Cette carte permet le remboursement de tous les traitements qui s'avèrent médicalement nécessaires compte tenu de la nature des prestations et de la durée prévue du séjour. Le droit du pays de séjour est applicable.

Suspension de la couverture des accidents

Les personnes salariées assurées 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 effectifs, 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. La personne assurée 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 personnes qui travaillent moins de huit heures par semaine pour un employeur ne sont pas assurées 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 personnes assurées 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 et des soins en cas de maladie fournis 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 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. Pour les médicaments, la quote-part peut s'élever à 40 % s'il existe différents médicaments à principe actif identique (par exemple, des préparations originales et des génériques). Les enfants ne paient aucune franchise. Pour eux, la quote-part maximale est de 350 francs par année civile.

De plus, les personnes assurées 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 qui dépassent celles de l'assurance obligatoire des soins pour les 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 assureurs-maladie reconnus bénéficiant d'une autorisation de l'Office fédéral de la santé publique. 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 salariées. Il s'agit souvent d'une assurance d'indemnités journalières en cas de maladie.

Assurance d'indemnités journalières en cas de maladie

À 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 personnes qui exercent une activité indépendante

Aucune distinction n'est faite entre personnes salariées et indépendantes. Quiconque est domicilié en Suisse est tenu de s'affilier à l'assurance obligatoire des soins.

AMal | Adresses

Office fédéral de la santé publique
Assurance-maladie
(autorité de surveillance de l'assurance-maladie et accidents)

prio.swiss
A partir du 1er janvier 2025, la nouvelle association des assureurs-maladie suisses « prio.swiss » débutera ses activités. Elle remplace santésuisse et curafutura.
prio.swiss – L'Association des assureurs-maladie suisses

santésuisse – Les assureurs-maladie suisses www.santesuisse.ch

Office de médiation de l'assurance-maladie
Morgartenstrasse 9, case postale 3565, 6002 Lucerne 2.
www.om-kv.ch (conseil et médiation en cas de différend)

AMal | Dispositions légales

Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)

Loi fédérale sur la surveillance de l'assurance-maladie (LSAMal)

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 personnes assurées

Comptent parmi les personnes assurées :

- quiconque accomplit un service militaire ou un service de protection civile, obligatoire ou volontaire ;
- quiconque est au service de la Confédération en tant qu’instructrice ou instructeur de l’armée ou de la protection civile ou en tant que membre du corps des garde-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 personne civile, 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 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 la personne exerce une activité lucrative et qu’elle est donc affiliée à l’assurance-accidents obligatoire.

AM | Les cotisations

L’assurance militaire est gratuite, sauf pour les personnes assurées à titre professionnel et auprès de l’assurance facultative (personnes assurées à titre professionnel en étant à la retraite) qui doivent verser une prime.

AM | Les prestations

Les prestations de l’assurance militaire sont très complètes et correspondent dans une grande mesure à celles de l’assurance-accidents. Toute personne assurée 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. Elle 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 CNA, assurance militaire (voir les adresses).

AM | L’application

Dans le domaine de l’assurance militaire, les employeurs ne sont soumis à aucune obligation.
La personne assurée doit, lors de la visite sanitaire d’entrée en service, pendant le service ou à la fin de celui-ci, faire connaître au personnel médical de la troupe ou du cours toute atteinte à la santé dont elle aurait connaissance. Après le service, elle doit annoncer toute atteinte à la santé en relation avec le service aux différents corps médicaux (généraliste, dentiste ou chiropraticien).

Si la personne assurée 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 corps médical. Mais elle entreprend d’office l’établissement des faits dès qu’elle a connaissance d’un cas d’assurance selon les règles.

AM | Les personnes qui exercent une activité indépendante

Si, en raison de la structure de leur entreprise, les personnes qui exercent une activité indépendante ne peuvent couvrir, pendant la durée de leur incapacité de travail, les frais fixes de l’entreprise qui continuent de courir, elles doivent être équitablement indemnisées 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, elles ne peuvent pas maintenir leur entreprise à l’aide de l’indemnité journalière et d’une prestation éventuelle, elles 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 personnes qui exercent une activité indépendante ont droit aux mêmes prestations que les autres assurés.

AM | Adresses

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

CNA 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

CNA 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

CNA 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

CNA 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

AM | Dispositions légales

Loi fédérale sur l'assurance militaire (LAM)

La prévoyance professionnelle (2e pilier)

La prévoyance professionnelle a pour objectif de permettre aux personnes âgées, survivantes ou à l'AI de conserver dans une large mesure leur niveau de vie antérieur, en complément de la rente du 1er pilier.

2e pilier | Les personnes assurées

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. Depuis 2025, il se monte à 22 680 francs.

Les parts de salaire qui doivent être obligatoirement assurées sont celles qui se situent entre 26 460 francs (déduction de coordination) et 90 720 francs (limite supérieure du salaire annuel). Pour les salaires dépassant 22 680 francs, mais inférieurs à la déduction de coordination ou dépassant de peu celle-ci (en fait, pour les salaires allant de 22 680 à 30 240 francs), le salaire assuré se monte à 3780 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 2e 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.

Personnes 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 22 680 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 22 680 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'employé 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'indépendant.

2e 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 1er janvier qui suit l'année où la personne a eu 17 ans. C'est pour cette date que les employeurs doivent annoncer leur personnel à l'assurance. Les apprenants 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 la personne 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 personnes âgées et leur maintien sur le marché de l'emploi, voir l'encadré à la page 70.

2e pilier | Les cotisations

La base du calcul des bonifications de vieillesse est le gain assuré. Les parts de salaire allant de 26 460 francs (déduction de coordination) à 90 720 francs (limite supérieure du salaire annuel) sont obligatoirement assurées. Pour les salaires dépassant 22 680 francs, mais inférieurs à la déduction de coordination ou dépassant de peu celle-ci (en fait, pour les salaires allant de 22 680 à 30 240 francs), le salaire assuré se monte à 3780 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 ans	18 %

Les cotisations pour l'assurance de risque / autres cotisations

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. Auprès de certaines caisses, les primes de risque des hommes sont supérieures à celles des femmes.

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 à la charge pour moitié de l'employeur et pour moitié de l'employé, selon le principe suivant : la somme des cotisations des employeurs doit être égale à la somme des cotisations du personnel.

2e 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 pension 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 1,25 % dès 2024), ainsi que d'éventuels rachats. La rente annuelle versée représente 6,8 % du capital-vieillesse.

La réforme AVS 21 introduit aussi un système de retraite flexible dans la LPP, avec un âge de référence à 65 ans pour les hommes et les femmes.

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

En cas de décès, les personnes survivantes bénéficient des prestations suivantes :

Les conjoints qui subviennent à l'entretien d'enfants, ou qui ont plus de 45 ans et qui ont été mariés pendant au moins cinq ans, ont 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 de l'AI 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. Étant 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 la personne assurée et de l'employeur, des intérêts (à un taux minimal de 1,25 % dès 2024), 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.

2e pilier | L'application

Tout employeur qui occupe du personnel 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. Le personnel et les employeurs décident paritairement de l'affiliation et de la configuration du rapport d'assurance. L'employeur doit donc obtenir le consentement du personnel sur les points cruciaux du rapport d'assurance.

Personnel et employeurs sont représentés de façon égale dans l'organe suprême de l'institution de prévoyance. Les personnes assurées désignent leur représentation directement ou par l'intermédiaire d'une délégation. 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 une personne représentant le personnel et une personne représentant 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. Le personnel est lui aussi désavantagé lorsqu'une telle affiliation forcée a lieu : étant assuré selon le minimum LPP, sa protection est moins bonne que celle qui serait offerte par un régime surobligatoire.

Les personnes indépendantes 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. Quiconque, 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 1er 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 2e pilier.

Mesures en faveur des travailleuses et travailleurs âgés

Les mesures en faveur des travailleuses et travailleurs âgés visent à favoriser leur participation et leur maintien sur le marché de l'emploi. Les institutions de prévoyance peuvent proposer à leur personnel les mesures 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 personnes employées. Ce n'est que lorsque la structure de l'entreprise permet de

distinguer clairement différentes catégories de personnel que des types d'assurance distincts peuvent être conçus. Les assurances de cadres, qui assurent des prestations complémentaires au 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 la personne assurée :

- 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 1er juin 2007, le paiement en espèces de la partie obligatoire de la prestation de sortie n'est plus possible lorsque la personne quitte la Suisse, mais reste assurée obligatoirement dans un État membre de l'UE ou de l'AELE pour les risques de vieillesse, décès et invalidité. 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 (Page d'accueil | Fonds de Garantie LPP (sfbvg.ch)).

Pour que des prestations en espèces puissent être perçues, une autorisation écrite des conjoints ou partenaires enregistrés est nécessaire. La perception de prestations en espèces est soumise à l'impôt.

2e pilier | Les personnes qui exercent une activité indépendante

La prévoyance professionnelle n'est pas obligatoire pour les personnes qui exercent une activité indépendante. Celles-ci peuvent toutefois s'y soumettre à titre facultatif. Elles peuvent s'affilier à la même institution de prévoyance que leur personnel. Les personnes qui exercent une activité indépendante peuvent aussi s'assurer auprès de leur association professionnelle, si celle-ci dispose d'une institution de prévoyance, ou encore rallier l'institution supplétive. Elles 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 elles est la prévoyance relevant du 3e pilier (voir le chapitre 3e pilier).

Si une personne qui exerce une activité indépendante s'affilie à une institution de prévoyance, celle-ci assure en général le revenu prévu. Contrairement aux personnes salariées dont la rémunération est connue au préalable, celles qui exercent une activité indépendante déclarent un revenu qu'elles espèrent 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 :
Prévoyance professionnelle et 3e pilier – Aperçu
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.aeis.ch

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).

2e pilier | Dispositions légales

Loi fédérale sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité (LPP)

Loi fédérale sur le libre passage (LFLP)

Le 3e pilier

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

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 3e pilier un montant nettement plus élevé que celles qui versent déjà des cotisations à une caisse de pension.

Versements maximums au pilier 3a

Personnes ayant une caisse de pension :

7258 francs par an (état 2026)

Personnes n'ayant pas de caisse de pension :

20 % du revenu annuel, 36 288 francs au maximum (état 2026)

Le pilier 3a est la forme habituelle de prévoyance des personnes qui exercent une activité indépendante. 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 une personne prouve qu'elle conserve une activité lucrative après l'âge ordinaire de la retraite AVS, elle 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 3e pilier est soumis à imposition.

Les fonds du pilier 3a peuvent être utilisés pour un rachat du 2e 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 banque, 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.

3e pilier | Adresses

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

3e 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)

Les allocations familiales

Les allocations familiales au sens de la LAFam comprennent l'allocation pour enfant et l'allocation de formation ainsi que les allocations de naissance et d'adoption. L'allocation s'élève à 215 francs au minimum et l'allocation de formation à 268 francs au minimum par enfant et par mois. Une allocation de naissance ou d'adoption est versée uniquement si les bases légales cantonales le prévoient.

AFam | Les personnes assurées : obligation de s'affilier

Tous les employeurs et toutes les personnes qui exercent une activité indépendante 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 ou interprofessionnelle reconnue, soit enfin à la caisse cantonale de compensation pour allocations familiales. Les personnes employées et celles qui exercent une activité indépendante ont droit aux allocations familiales, dès lors qu'elles réalisent un revenu soumis à l'AVS d'au moins 630 francs par mois ou à 7560 francs par année et qu'elles remplissent les autres conditions d'octroi.

Les personnes sans activité lucrative peuvent également avoir droit aux allocations familiales, à condition que leur revenu imposable ne dépasse pas 45 360 francs par année. En règle générale, elles ne paient toutefois pas de cotisations.

Les agricultrices et agriculteurs indépendants, le personnel agricole, les exploitants d'alpage et les pêcheuses et pêcheurs professionnels ont droit aux allocations familiales en vertu de la loi fédérale sur les allocations familiales dans l'agriculture (LFA)

Les allocations familiales en faveur des travailleurs agricoles sont financées en partie par les employeurs. Ceux-ci payent à la caisse de compensation cantonale 2 % de tous les salaires en espèces et en nature versés à leur personnel agricole et soumis à cotisation AVS. Le solde ainsi que les dépenses liées aux allocations familiales versées aux agriculteurs sont pris en charge à hauteur de deux tiers par la Confédération et d'un tiers par les cantons.

AFam | Ayants droit

Le droit de percevoir des allocations familiales dépend de la situation professionnelle. Toutes les personnes exerçant une activité lucrative y ont en principe droit (même celles qui sont salariées et 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, la personne salariée dont l'employeur n'est pas tenu de payer des cotisations ou la personne qui exerce une activité indépendante est affilié. Peuvent également toucher des allocations familiales les personnes sans activité lucrative ayant un faible revenu. Les agricultrices et agriculteurs indépendants ainsi que le personnel agricole 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 pour les jeunes entre 15 et 25 ans en formation postobligatoire. 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 préapprentissages, 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 (2520 francs par mois ou 30 240 francs par année).

AFam | Les cotisations

Les employeurs et les personnes qui exercent une activité indépendante paient des cotisations à la caisse de compensation pour allocations familiales à laquelle ils sont affiliés. Les cotisations sont dues même si personne dans l'entreprise n'a d'enfant ou si la personne qui exercent une activité indépendante n'a pas d'enfant donnant droit aux allocations familiales. Leur taux s'élève, selon les caisses, de 0,6 à 3,8 % de la masse salariale. En Valais, les personnes employées paient eux aussi une cotisation, de 0,42 % de leur salaire soumis à l'AVS (état 2023). 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.

AFam | Les prestations

- Allocation pour enfant de 215 francs par mois au minimum pour les enfants jusqu'à l'âge de 16 ans. Si l'enfant donne droit à une allocation de formation déjà avant l'âge de 16 ans, cette dernière est versée en lieu et place de l'allocation pour enfant.
- Allocation de formation de 268 francs par mois au minimum pour les enfants ayant commencé une formation postobligatoire. Elle est versée au plus tôt à partir de 15 ans et jusqu'à la fin de la formation, mais au plus tard jusqu'à 25 ans.
- Certains cantons versent des montants plus élevés et certains ont introduit une allocation de naissance et une allocation d'adoption.

Pour plus d'informations : Allocations familiales - Aperçu

Les allocations familiales dans l'agriculture sont traitées dans le chapitre suivant.

AFam | Durée du droit

Le droit aux allocations familiales naît et expire en principe avec le droit au salaire. Pour les personnes qui exercent une activité indépendante, il naît au début de l'activité 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.

AFam | 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 la personne qui exerce une activité indépendante. Les allocations familiales sont en général versées par l'employeur à son personnel, 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.

AFam | Adresses

Caisses de compensation pour allocations familiales gérées par les caisses de compensation AVS des cantons et des associations professionnelles. Pour les adresses : www.avs-ai.ch / Contacts

Office fédéral des assurances sociales (OFAS) : Allocations familiales - Aperçu

AFam | Dispositions légales

Loi fédérale sur les allocations familiales (LAFam)

Ordonnance sur les allocations familiales (OAFam)

On trouvera les lois et ordonnances cantonales relatives aux allocations familiales dans les recueils de lois cantonaux, dont la liste (avec les liens) est disponible sur le site Internet de l'OFAS : Allocations familiales - Aperçu > Lois et ordonnances > Législations cantonales en matière d'allocations familiales.

Dispositions particulières dans l'agriculture

Allocations familiales | Champ d'application

La loi fédérale sur les allocations familiales dans l'agriculture (LFA) s'applique exclusivement aux exploitations agricoles, respectivement aux agriculteurs indépendants, aux exploitants d'alpage et aux pêcheurs professionnels.

Allocations familiales | Ayants droit

Les agricultrices et agriculteurs indépendants ainsi que le personnel agricole ont droit aux allocations selon la loi fédérale sur les allocations familiales dans l'agriculture (LFA).

Ont droit aux allocations :

- les agricultrices et agriculteurs indépendants
- les personnes qui, en qualité de salariées, sont occupées contre rémunération dans une entreprise agricole et y effectuent principalement un travail agricole (personnel agricole)
- les membres de la famille qui travaillent dans l'exploitation familiale.

Les personnes suivantes n'ont pas droit aux allocations familiales en tant que travailleurs agricoles, mais elles y ont droit à titre d'agriculteurs indépendants :

- les parents de l'exploitant en ligne directe, ascendante ou descendante
- les gendres ou les brus de l'exploitant, qui, selon toute vraisemblance, reprendront l'entreprise pour l'exploiter personnellement.

Allocations familiales | Les prestations

- Allocation pour enfant à hauteur de 215 francs et allocation de formation à hauteur de 268 francs. Ces montants sont majorés de 20 francs en région de montagne.
- Allocation de ménage de 100 francs par mois pour le personnel agricole.

Loi fédérale sur les allocations familiales dans l'agriculture (LFA)

Règlement sur les allocations familiales dans l'agriculture (RFA)

Les autres assurances sociales

AVS | AI | APG

Décompte selon le droit fiscal pour les agricultrices et agriculteurs indépendants ainsi que pour les membres de leurs familles. Le personnel agricole est affilié auprès de la caisse de compensation du canton de domicile ou de la caisse de compensation AVS de l'industrie laitière, à Berne (caisse n° 78).

AC

Le personnel est normalement assuré dans le cadre de l'assurance-chômage. Les agricultrices et 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 qui travaillent dans l'exploitation agricole familiale et sont assimilés à des indépendants.

L'indemnité en cas d'intempéries peut être versée seulement aux 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. 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.

LAA

Les agricultrices et 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 à l'assurance-accidents. Les autres collaboratrices et collaborateurs doivent être assurés selon la LAA.

LPP

Les agricultrices et 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 qui, selon toute vraisemblance, reprendront l'entreprise pour l'exploiter personnellement, sont libérés de l'obligation de s'assurer. Les autres collaboratrices et collaborateurs doivent s'assurer selon la LPP.

LAMal

Tout le monde est soumis à l'obligation de s'assurer.

Agricultrices et agriculteurs | Les assurances recommandées

Les personnes actives dans l'agriculture ont elles aussi intérêt à conclure certaines assurances complémentaires facultatives. Les assurances suivantes revêtent pour elles une importance particulière :

Responsabilité civile d'entreprise

À 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).

3e pilier

Les agricultrices et agriculteurs indépendants ne sont pas soumis à l'obligation de s'affilier à une caisse de pensions au titre du 2e 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 36 288 francs par an (état 2026).

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.

Protection des parents

Pour les femmes enceintes, qui accouchent ou allaitent

Les femmes qui exercent une activité lucrative, qu'elles soient salariées ou indépendantes, ont droit 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 220 francs par jour.

Les art. 35 et 35*a* de la loi sur le travail (LTr) portent sur la protection des travailleuses enceintes ou 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. Si la personne n'est pas 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. 324*a* CO).

Les mères qui allaitent doivent pouvoir disposer du temps nécessaire à l'allaitement (art. 35*a*, 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 peuvent être occupées au-delà de la durée ordinaire de la journée de travail prévue par le contrat, durée qui ne peut en aucun cas dépasser neuf heures de travail (art. 60, al. 1, OLT 1).

Les femmes enceintes et les mères qui allaitent ne doivent 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 afin que la femme puisse continuer à travailler sans être exposée à un danger. En particulier, lorsqu'un poste de travail comporte des activités « dangereuses ou pénibles », l'employeur n'est autorisé à occuper des femmes enceintes ou des mères qui allaitent que lorsque l'inexistence de toute menace pour la santé de la travailleuse ou de celle de son enfant a été établie sur la base d'une analyse de risques (art. 62 OLT1). Lorsque la poursuite de l'activité n'est pas ou plus possible et qu'aucun « travail équivalent » ne peut être proposé, la travailleuse a droit à 80 % de son salaire (art. 35 al. 3 LTr).

Enfin, les travailleuses ont l'interdiction d'être occupées pendant les huit semaines qui suivent l'accouchement (art. 35*a*, al.3, LTr). Elles n'ont pas à présenter un certificat médical.

Pour de plus amples informations à ce sujet, veuillez consulter la page internet du SECO dédiée à la protection de la maternité.

Protection contre le licenciement

Le code des obligations règle la protection contre le licenciement, la réduction du droit aux vacances et l'obligation de poursuivre le paiement du salaire en cas de grossesse (art. 324*a*, 329*b* et 336*c* CO).

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

est hospitalisé directement après la naissance au moins durant deux semaines et que le congé de maternité est prolongé, le contrat de travail ne peut pas être résilié avant la fin du congé prolongé.

Échelle pour la poursuite du paiement du salaire

Les règles du CO régissant le contrat de travail placent un empêchement de travailler durant la grossesse 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 concrétise l'obligation de poursuivre le paiement du salaire. En cas d'empêchement de travailler durant la grossesse ou après l'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 » ; on peut aussi se renseigner auprès des greffes des conseils de prud'hommes).

Durée du versement du salaire	
Échelle de Berne (BE, VD, FR, GE, AG, OW, SG)	
Pendant la 1re année de service	3 semaines de salaire
2e année	1 mois de salaire
3e et 4e années	2 mois de salaire
De la 5e à la 9e année	3 mois de salaire
De la 10e à la 14e année	4 mois de salaire
De la 15e à la 19e année	5 mois de salaire
De la 20e à la 25e année	6 mois de salaire
Échelle de Bâle (BS, BL)	
Pendant la 1re année de service	3 semaines de salaire
2e et 3e années	2 mois de salaire
De la 4e à la 10e année	3 mois de salaire
De la 11e à la 15e année	4 mois de salaire
De la 16e à la 20e année	5 mois de salaire
À partir de la 21e année	6 mois de salaire
Échelle de Zurich (ZH, GR)	
Pendant la 1re année de service	3 semaines de salaire
2e année	8 semaines de salaire
3e année	9 semaines de salaire
4e 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 l'employée. Pour ce qui est de la maternité, il faut toutefois conclure l'assurance d'indemnités journalières avant la grossesse. L'assurée doit, au jour de l'accouchement, avoir été au bénéfice d'une assurance depuis au moins 270 jours sans interruption de plus de trois mois. 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'État à l'économie (SECO), www.seco.admin.ch. Par ailleurs, les greffes des conseils de prud'hommes renseignent sur la protection de la maternité.

Pour les autres parents

L'employeur a le droit de résilier le contrat de l'employé malgré le droit au congé de l'autre parent. Par contre, s'il résilie le contrat de travail et que l'employé bénéficie d'un congé de l'autre parent entre le moment de la résiliation et la fin du contrat, le délai de résiliation est prolongé du nombre de jours de congé restants au moment de la résiliation. L'employeur n'a pas le droit de réduire les vacances de l'employé bénéficiant du congé.

Prise en charge d'un proche

Absences courtes

Les personnes qui doivent s'absenter du travail pour prendre en charge un proche atteint dans sa santé ont droit à un congé, sur présentation d'un certificat médical. Pour la prise en charge d'un enfant, la durée du congé est de 3 jours de travail au maximum par cas (maladie ou accident). Pour la prise en charge des autres proches, le droit au congé est également de 3 jours par cas, mais il est limité à un maximum de 10 jours par an. L'entier du salaire est dû par l'employeur pendant ce congé. Toutefois, le droit au maintien du salaire est limité à un maximum de 3 jours par cas et 10 jours par an au maximum pour la garde de tous les proches atteints dans leur santé, y compris les enfants. Sont considérés comme proches : les parents en ligne directe ascendante ou descendante (les parents et les enfants principalement), ainsi que les frères et sœurs, auxquels

s’ajoutent le conjoint, le partenaire enregistré, les beaux-parents, de même que la personne qui fait ménage commun avec le salarié depuis au moins cinq ans de manière ininterrompue.

Comme il s'agit d'une absence professionnelle, la personne doit informer son employeur dans les meilleurs délais.

Ce congé est défini à l’article 329h du code des obligations et à l'article 36 (al. 3 et 4) de la loi sur le travail.

Le droit général au salaire fondé sur un empêchement de travailler (art. 324a CO) s’applique au-delà du 3e jour, pour la prise en charge d’enfants ou du conjoint ou du partenaire enregistré.

Absences longues en cas de grave maladie ou accident d’un enfant

Lorsqu’un enfant mineur est gravement atteint dans sa santé (par exemple à cause d’un cancer), les parents ont droit à l’allocation de prise en charge et à un congé de 14 semaines pour autant que toutes les conditions soient remplies (voir page 35). Lorsque ce droit est donné, les parents bénéficiant du congé doivent pouvoir le prendre sans se voir restreindre d’autres droits ou risquer de perdre leur emploi.

L'employeur doit être informé dès que possible de la manière dont le congé sera pris et le cas échéant de la répartition du congé entre les parents. Il doit aussi être tenu au courant des changements.

Les parents bénéficiant du congé de prise en charge bénéficient d’une protection contre le licenciement tant qu’ils ont droit au congé mais au maximum pendant une période de 6 mois à partir du jour où la première indemnité journalière est versée. L’employeur n’a pas le droit de réduire les vacances d’une personne bénéficiant du congé.

Les assurances complémentaires

En plus des assurances sociales, les personnes qui exercent une activité indépendante 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 entreprises 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 l'entreprise productrice ou fabricante : c'est à elle 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

L'entreprise productrice 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.

L'entreprise productrice ne répond pas du dommage causé au produit défectueux.

En Europe, les sommes exigées ne sont souvent pas aussi élevées qu'aux États-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 civile du fait des produits, telle qu'intégrée dans 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 de spécialistes (architectes, ingénieurs, etc.) peut être fatale. Les cabinets juridiques 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 professionnelles.

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 de la détentrice ou du détenteur. Une assurance casco facultative couvre également les dommages matériels causés au véhicule. Il est recommandé aux propriétaires 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 glace, ainsi que les collisions avec des animaux sur les routes ouvertes à la circulation.

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

- l'assurance responsabilité civile (obligatoire),
- l'assurance casco ou casco partielle (obligatoire pour les véhicules en leasing).

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 travailliez jusqu’ici dans une entreprise. Pour les assurances sociales tout comme pour les impôts, vous exerciez une activité lucrative dépendante. Vous avez maintenant décidé de créer votre entreprise. Plutôt que de fonder une société anonyme ou une Sàrl, vous préférez commencer par une entreprise individuelle. 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 indépendante ou non.

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 une clientèle multiple. 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, la personne est considérée partout comme indépendante pour l’activité en question.

Si vous souhaitez vous affilier à l’AVS en tant qu’indépendant, vous pouvez vous annoncer à la caisse de compensation compétente ou remplir le formulaire d’inscription directement en ligne. Vous devez remettre à la caisse de compensation ou téléverser lors de l’inscription en ligne les documents attestant que vous exercez bien une activité indépendante (par ex. bail des locaux professionnels, justificatifs de commandes, factures des investissements réalisés, contrats de travail, documentation de l’entreprise, cartes de visite ou listes de prix).

Quelle couverture ?

En tant que personne qui exerce une activité indépendante, vous restez assurée à l’AVS et à l’AI et vous pouvez demander une allocation pour perte de gain lorsque vous faites votre service militaire. Le régime des allocations pour perte de gain verse aussi un revenu de remplacement aux parents en cas de naissance, d’adoption ou de prise en charge d’un enfant gravement atteint dans sa santé.

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 2e pilier. Le 3e 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 personnes qui exercent une activité indépendante n'ont en principe pas droit à l'assurance-chômage. Elles ne peuvent faire valoir un droit à une indemnité que lorsqu'elles 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 que vous souhaitez vous installer durablement à votre compte, vous pouvez en revanche bénéficier d'indemnités journalières de l'assurance-chômage. Vous devez pour cela remplir toutes les conditions du droit aux allocations de chômage, 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 personnes qui exercent une activité indépendante perçoivent une allocation lorsqu'elles 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 69 à 220 francs par jour.

Comme les personnes salariées, celles qui exercent une activité indépendante reçoivent pendant leur service un questionnaire du service comptable de leur unité, sur lequel elles 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 la personne qui exerce une activité indépendante.

L’entreprise engage du personnel

Vous faut-il une autorisation pour engager du personnel ?

En tant que personne qui exerce une activité indépendante ou une activité de gérant d’une personne morale (SA, Sàrl, 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 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’État à l’économie (SECO), à Berne.

En outre, les dispositions de protection des travailleurs prévues par la loi sur le travail (dispositions relatives à la durée du travail et du repos, dispositions relatives à la protection de la santé et dispositions spéciales pour les femmes enceintes, les mères qui allaitent et les jeunes) doivent impérativement être respectées. Vous trouverez des informations à ce sujet sur le site Internet du SECO.

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

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

Doit être déclaré à une caisse de pension le personnel dont le salaire dépasse 22 680 francs par an (état 2026) 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 pension de votre choix. Attention : lorsqu’il est convenu d’une période d’essai, l’obligation d’assurance s’applique dès l’entrée en fonction.

La première personne à assurer d’une entreprise doit être immédiatement annoncée à une assurance-accidents (le personnel de certaines entreprises est obligatoirement affilié 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.

Une personne qui travaille au moins huit heures par semaine pour le même employeur est également assurée contre les accidents non professionnels et peut donc demander à son 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 la personne engagée 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. Si elle 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 cette personne à la caisse de pension si son contrat de travail a été conclu pour plus de trois mois ou pour une durée indéterminée et qu'elle perçoit un salaire annuel de plus de 22 680 francs (état 2026).

À 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. À 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 pension au début de l'année ou le jour où la personne engagée 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 pension 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 au personnel.

Les cotisations AF sont à la charge de l'employeur (exception : en Valais, le personnel participe 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.

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.

Le personnel ne paie jamais directement ses cotisations sociales. Elles sont déduites du salaire par l'employeur et transmises aux assurances sociales.

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

Seule la caisse de pension doit être informée du départ d'une collaboratrice ou d'un collaborateur. 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 la personne concernée, sur un compte ou une police de libre passage.
À l'échéance de son contrat de travail, la personne employée est protégée 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 la personne quittant son poste qu'elle peut, dans les domaines de l'assurance-accidents et de l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie, souscrire une assurance individuelle. Elle paie alors ses cotisations lui-même.

Si la personne 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 la personne assurée, sur sa demande, une attestation de travail dans un délai d'une semaine.

Quoi de particulier pour les personnes qui exercent une activité indépendante ?

Les personnes qui exercent une activité indépendante ne touchent pas de salaire, leur revenu résulte du gain que leur procure leur activité. Les cotisations qu'elles 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 la personne exerçant une activité indépendante 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'elle déclare. Aucun décompte n'est fait, généralement, sur la base de ses revenus effectifs.

Faire face à un cas de maladie

Quel salaire faut-il verser ?

Lorsqu'une personne dans l'entreprise tombe malade, elle 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 à la justice 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 de travail type ou d'une convention collective, une assurance d'indemnités journalières pour votre société, vous êtes libéré de l'obligation de verser le salaire pour autant que des prestations au moins équivalentes à celles du régime légal de base soient octroyées à votre personnel. 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 la personne assurée 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 au personnel 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, elle 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 (souvent moins longue) du versement du salaire, selon la loi ou le contrat de travail.

Soutien de l’AI à la réinsertion

S’il semble qu’une collaboratrice ou 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 et suivantes).

Une employée est enceinte

Est-elle obligée de travailler ?

Vous ne pouvez faire travailler une femme 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 forcément payées. Son droit au salaire n'existe que si elle est en incapacité de travail pour des raisons médicales ou si vous ne pouvez lui proposer aucun travail sans danger pour elle et son enfant à naître.

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

La travailleuse a l'interdiction d'être occupée pendant les huit semaines suivant son accouchement. Elle n'a pas à présenter de certificat médical.

Allocation de maternité

Les femmes ont droit 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 220 francs par jour. Le droit s'éteint plus tôt si le travail est repris avant que les quatorze semaines ne soient écoulées. Les mères dont le nouveau-né doit être hospitalisé plus de deux semaines directement après la naissance et qui continueront de travailler après leur congé ont droit à une prolongation de leur congé de maternité indemnisé par les APG correspondant au nombre de jours que dure l'hospitalisation, mais au maximum à 56 jours. Dans un tel cas, le congé de maternité indemnisé correspondra à 154 jours au maximum.

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.

Absence liée au service militaire

Quiconque 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 ?

La personne qui fait son service continue d'être payée. 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

La personne qui tombe malade ou qui a un accident pendant la durée de son service militaire, de son service civil ou de ses jours de protection civile est couverte 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.

Faire face à un cas d'accident

Une personne employée est obligatoirement assurée contre les accidents du travail. Si elle travaille au moins huit heures par semaine, elle l'est également 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 dès le 3e 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 la victime de l'accident. 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, la victime d'un accident est généralement exemptée 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 au personnel de se renseigner auprès de la caisse de compensation.

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

La personne qui se retrouve dans l'incapacité de travailler à la suite d'un accident est protégée 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 2e à la 5e année de service et de 180 jours à partir de la 6e année de service (art. 336c du Droit des obligations). Passé ce délai, la personne peut être licenciée même si elle est encore dans l'incapacité de travailler.

Soutien de l’AI à la réinsertion

S’il semble qu’une collaboratrice ou un collaborateur risque de se retrouver longtemps en incapacité de travail à la suite d’un accident, n’hésitez pas à vous adresser à votre office AI (voir p. 28 et suivantes).

Faire face à une réduction de l’horaire de travail

Lorsqu’une entreprise doit réduire temporairement l’horaire de travail ou cesser totalement le travail, pour des motifs économiques indépendants de sa volonté, le personnel 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 ?

En principe, tout le personnel au sens de la législation sur l'AVS touché par la réduction de l’horaire de travail a droit à l'indemnité. Une période minimale de cotisation n’est pas exigée. Le personnel étranger (par exemple, frontalier) a dès lors également droit à l'indemnité.

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 les décisions de l’entreprise ou peuvent les influencer considérablement, en leur qualité d'associées, de détentrices d’une participation financière ou encore de membres d’un organe dirigeant de l’entreprise. Il en va de même pour les conjoints qui travaillent dans l’entreprise familiale. 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 individuel 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 du personnel. L’indemnité en cas de réduction de l’horaire de travail s’élève à 80 % de la perte de gain qui résulte de la perte de travail. Elle ne peut être versée, en l’espace de deux ans, que pendant douze périodes de décompte au maximum. Le Conseil fédéral peut, à certaines conditions, 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 au personnel touché par l’interruption de travail. Durant la période où l’horaire est réduit, l’employeur est tenu de payer l’intégralité des cotisations aux assurances sociales prévues par les dispositions légales et contractuelles en fonction de l’horaire normal, alors que la caisse de chômage ne rembourse que le montant des cotisations patronales AVS/AI/APG/AC versées pour les heures perdues.

À qui faut-il adresser sa demande d’indemnité ?

L’employeur qui fait valoir son droit à l’indemnité en cas de réduction de l’horaire de travail doit annoncer la réduction auprès de l’instance cantonale compétente (généralement l’Office cantonal de l’emploi) en principe dix jours au moins avant son début. 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. À 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 sur le site de www.travail.swiss, auprès de l'instance cantonale compétente ou de la caisse de chômage.

Faire face à une interruption de travail en raison d'intempéries

L'indemnité en cas d'intempéries compense la perte de gain du personnel de certaines branches qui ne peut travailler en raison du mauvais temps. L'interruption de 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 du personnel qu'il travaille 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.

Le personnel d'exploitations purement viticoles, de plantations et d'exploitations fruitières ou maraîchères peut 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 ?

Tout le personnel cotisant à l'assurance-chômage y a droit, même les personnes qui 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 personnes qui effectuent un travail dans l'une des branches concernées, mais qui sont engagées 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 fixent les décisions que prend l'entreprise ou peuvent les influencer considérablement, en leur qualité d'associées, de détentrices d'une participation financière ou encore de membres dirigeants de l'entreprise, ainsi que les conjoints qui travaillent au sein de l'entreprise familiale. 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 individuel et la conserve pendant cinq ans.

Où annoncer l’interruption de travail ?

L’interruption de travail en raison d’intempéries doit être annoncée 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 ?

L’interruption de travail doit être annoncée au plus tard le 5e jour du mois suivant l’interruption 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 du personnel. 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 est versée à l’entreprise qui la reverse au personnel touché par l’interruption de travail. Durant l’interruption de travail en raison d’intempéries, l’employeur est tenu de payer l’intégralité des cotisations aux assurances sociales prévues par les dispositions légales et contractuelles en fonction de l’horaire normal, alors que la caisse de chômage ne rembourse que le montant des cotisations patronales AVS/AI/APG/AC versées pour les heures perdues.

En cas de résiliation du rapport de travail

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 1re 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 employé et employeur. Les cotisations sociales sont dues jusqu'à la fin du rapport de travail.

Quelles sont les obligations de l'employeur ?

Lorsqu'un rapport de travail est résilié, l'employeur doit informer la caisse de pension, qui doit également être informée de ce qu'elle doit faire de la prestation de libre passage. Si la personne concernée touchait des allocations familiales, il faut également informer dans les dix jours ouvrables la caisse d'allocations familiales 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

Si, après la résiliation du rapport de travail, la personne 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 la personne qui part qu'elle peut, si elle est affiliée à une assurance collective d'indemnités journalières, contracter une assurance individuelle. La personne concernée doit faire usage de ce droit de passage dans les trois mois qui suivent cette communication.

De même, l'employeur doit informer la personne qui part de la fin de la couverture en cas d'accident et de la possibilité de conserver, par convention et pour six mois au plus, une assurance contre les accidents non professionnels auprès de son assureur-accidents.

Par ailleurs, la caisse de pension couvre les risques de décès et d'invalidité pendant le mois qui suit la fin du rapport de travail.

Les assurances à contracter en tant que propriétaire d'entreprise

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. En tant qu'employeur ou travailleur indépendant, vous devez également vous affilier à une caisse d'allocations familiales. Vous payez des cotisations qui sont fonction de votre salaire ou de votre revenu commercial.

Où êtes-vous assuré en tant que propriétaire d'une SA ou d'une Sàrl ?

Les SA et les Sàrl sont des personnes morales. Même si vous détenez tout le 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 pension) 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 3e pilier (pilier 3a). Les montants que les personnes déjà affiliées à une caisse de pension peuvent verser au 3e pilier sont moins élevés.

Restrictions concernant l'assurance-chômage

Même si vous touchez un salaire, il se peut que vous n'ayez 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 tenir compte des 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 ou associé indéfiniment responsable), 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 position assimilable 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'ayez 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

AFam

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

LPtra

Loi fédérale sur les prestations transitoires pour chômeurs âgés

LSAMal

Loi sur la surveillance de l'assurance-maladie

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

Ptra

Prestations transitoires pour chômeurs âgés

RAI

Règlement sur l’assurance-invalidité

RAVS

Règlement sur l’assurance-vieillesse et survivants

Quelques définitions

Franchise (AVS)

Les personnes à la retraite qui continuent à exercer une activité lucrative bénéficient d'une franchise de 16 800 francs par année sur le revenu soumis à cotisations AVS/AI/APG. Toutefois, si elles veulent verser des cotisations sur l'ensemble de leurs revenus, elles peuvent renoncer à l'application de la franchise. Dans ce cas, elles doivent l'annoncer à leur employeur ou à leur caisse de compensation dans les délais prévus par la loi.

Indemnité de départ (art. 339b CO)

Cette disposition relativement contraignante perd de son importance, car dans ce cas le personnel peut 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 ;
- la personne, 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).

Période de cotisation

Période pour laquelle les cotisations sont dues (années de cotisation).

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 membres associés d'une Sàrl) et reçoivent un certificat de salaire pour leur travail.

Personnes exerçant une activité lucrative indépendante

Est considérée en principe comme personne exerçant une activité lucrative indépendante toute personne qui, en assumant elle-même le risque que cela comporte et sans être soumise à des directives de tiers, travaille dans ses propres locaux ou en se servant d'eux pour une clientèle multiple auprès de laquelle 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.

Revenu imposable

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

Revenu minime

Si le salaire annuel ne dépasse pas 2500 francs par an et par employeur, il ne doit pas être décompté selon la LAA, ni auprès de l'AVS/AI/APG, sauf si la personne employée le demande. Il en va de même pour les revenus d'une activité indépendante accessoire ne dépassant pas 2500 francs par an.

Les cotisations doivent toujours être payées sur les salaires des personnes employées dans le ménage privé de l'employeur ou par des employeurs dans les domaines de la culture et des médias. 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 25e anniversaire. Celles-ci peuvent cependant exiger de l'employeur que les cotisations soient versées.

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 90 720 francs, après déduction du montant de coordination de 26 460 francs (état 2026).

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 (Sàrl)			
Une ou plusieurs personnes physiques ou morales	Morale	Oui	Libre choix du nom, mention « Sàrl » obligatoire