

Zeitschrift: Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 88 (1990)

Heft: 12

Artikel: Maternité et assurance maladie

Autor: [s.n.]

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-950371>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 14.03.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Maternité et assurance maladie

Avertissement

Le recueil de renseignements pour ce travail date de novembre et décembre 1989; certaines données sont donc susceptibles d'être périmées.

Communication:

Si vous avez des questions, des remarques, des idées ou envie de collaborer à un guide sur les assurances, n'hésitez pas à contacter Madame Thalmeyr à l'adresse suivante:

En Gourze, 1603 Grandvaux
Tél. 021 781 25 53

Travail effectué par Marie-Claire Thalmeyr, infirmière sage-femme et responsable de la formation de sages-femmes cliniciennes en santé communautaire.

L'assurance maladie est presque indispensable aujourd'hui, vu les coûts que peuvent représenter la maladie. Et, si elle n'est pas obligatoire en Suisse, elle est fortement encouragée. Dans certains cantons, elle est même obligatoire pour toute ou une partie de la population.

Les primes d'assurances augmentent chaque année. Les gens savent ce qu'ils doivent payer, mais ne connaissent pas toujours quelles sont les prestations offertes en retour. Il faut dire que le langage des articles de loi et des statuts des caisses maladie est difficile à comprendre.

J'ai choisi ce sujet car, par mon travail, je suis souvent confrontée à des questions ou des remarques concernant les prestations: «Vous croyez vraiment que ma caisse me remboursera le cours de préparation à la naissance?», «Ça ne sert à rien de faire une facture, ma caisse ne me rembourse pas cela.» J'ai donc envie d'approfondir ce domaine pour mieux répondre à ce genre de remarques.

En outre, comme les autres professionnels de la santé, c'est entre autres grâce aux assurances que nous gagnons notre vie. Bien sûr l'Etat (par les subventions) et les patients (par la participation) y contribuent aussi de façon importante.

Le sujet étant très vaste, je me limiterai aux prestations offertes en cas de maternité: celles, minimales, inscrites dans la loi sur l'assurance maladie et accidents (LAMA) et celles offertes en plus soit dans l'assurance de base, soit avec une assurance complémentaire.

Par contre, je n'approfondirai pas le volet des indemnités journalières pour perte de gains, même si elles sont offertes en cas de maternité, car elles ne sont pas obligatoires et dépendent aussi des conventions collectives et de la loi sur le travail pour les salariés.

Pour ce travail, j'ai rencontré (ou entendu) les assureurs des six plus importantes caisses maladie du canton de Vaud. Mais auparavant, il m'a semblé nécessaire de redéfinir certains termes comme «assurances sociales ou privées», «caisses maladies ouvertes ou fermées», etc. et d'explicitier certaines lois.

I. Définitions

A. Les assurances sociales

1. Généralités

Les assurances sociales sont «destinées à réaliser des objectifs de la politique d'Etat (protéger la famille contre les aléas de la vie, préserver la paix sociale par des mesures en faveur des plus démunis, etc.)». (1)

Elles sont par définition subventionnées. En font partie: l'AVS, l'AI, l'APG, l'AC, la CNA, l'AMF, ainsi que les assurances découlant des lois LAA et LPP (voir le glossaire), les allocations familiales et surtout les **caisses-maladie**.

Ces dernières doivent donc remplir certaines conditions et offrir, au minimum, les prestations inscrites dans la LAMA pour être subventionnées (ce sont les prestations de base ou **l'assurance de base**).

L'organe de surveillance de ces assurances est l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS).

Elles ne peuvent pas, par exemple, refuser d'assurer une personne (sauf cas particulier (2)) ni, en ce qui concerne les prestations de base, mettre des réserves pour une durée supérieure à cinq ans.

Par contre, elles peuvent offrir des prestations supplémentaires, soit avec l'assurance de base, soit avec **une assurance complémentaire, moyennant une augmentation des primes.**

Les assurances complémentaires les plus connues sont les prestations pour hospitalisation en chambre privée (ou demi-privée) et en clinique privée (définie ci-dessous), les assurances: d'indemnités journalières pour pertes de gain (3), pour hospitalisation en chambre commune (ou privée) dans toute la Suisse, pour frais dentaire, pour voyages, pour décès et invalidité, pour «prestations spéciales» pouvant inclure, suivant les caisses: l'aide familiale, les verres de lunettes, les frais de transport, les traitements homéopathiques, etc.

Ces assurances complémentaires sont difficilement comparables d'une caisse

à l'autre, car elles regroupent chacune des prestations différentes. Pour compliquer encore, dans certains cantons (Vaud par exemple), un complément d'hospitalisation est obligatoire avec l'assurance de base; certaines caisses l'ont inclus dans l'assurance de base, d'autres ont deux rubriques séparées.

2. Les caisses-maladie ouvertes

Les caisses-maladie ouvertes sont accessibles à toute personne, quelque soit sa situation, son âge ou sa profession. Sous réserve de conditions particulières citées plus haut.

(1) HELVETIA Assurances 1987 p 6.2 (classeur)

(2) «la caisse n'est pas tenue d'accepter un assuré exclu ou radié d'une autre caisse» (Statuts de la CAISSE VAUDOISE art. 8 al.5). Article similaire dans les statuts des caisses SUPRA, HELVETIA et CHRETIENNE SOCIALE.

(3) Dans la LAMA, un certain nombre d'articles dicte les prestations minimales pour l'assurance indemnités journalières.

3. Les caisses-maladie fermées

Les caisses maladies fermées sont réservées à des groupes professionnels ou liées à une entreprise particulière, mais font aussi partie des assurances sociales (donc sont subventionnées), pour autant qu'elles respectent la LAMA. Elles offrent, en général, les mêmes prestations que les caisses ouvertes.

La plus importante dans le canton de Vaud est la Fédération rurale vaudoise de mutualité et d'assurance sociale (FRV), réservée au monde agricole.

D'autres caisses connues liées à des groupes professionnels: la caisse maladie pour les industries du bois, bâtiment et branches annexes (CMBB ou AMBB), la Caisse maladie de la fédération Suisse des travailleurs de la métallurgie et de l'horlogerie (FTMH), etc. Celles liées à des entreprises: la Caisse maladie des chemins de fer fédéraux Suisse (CFF), la Caisse maladie du personnel de la Confédération et des entreprises suisses de transport (CPT), la Caisse maladie de Sulzer, etc.

B. Les assurances privées

Les assurances privées «sont financées, contrairement aux caisses maladie, exclusivement par les primes de leurs assurés et, dans le cas d'une assurance collective, par les versements des employeurs» (1).

Leurs avantages sont qu'elles règlent souvent les affaires plus rapidement et offrent des «couvertures» plus importantes et plus adaptées, mais ont par contre des primes plus élevées et surtout peuvent refuser des clients.

Les assurances privées sont surtout actives dans les domaines de l'assurance vie, ménage, casco, responsabilité civile etc. Elles s'occupent moins d'assurance maladie.

Elles sont aussi soumises à une surveillance très stricte par l'Office fédéral des assurances privées (OFAP).

II. Lois et arrêtés

En Suisse il n'y a pas de sécurité sociale comme dans d'autres pays européens, mais une série de lois fédérales, cantonales ou communales. Par exemple la loi sur l'assurance accidents (LAA) rend celle-ci obligatoire pour les salariés dans toute la Suisse (depuis le 1er janvier 1984).

Par contre, la loi sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents (LAMA) fixe les conditions minimales que doivent remplir les caisses maladie pour obtenir des subventions.

L'assurance maladie est donc facultative sur le plan fédéral, mais certains cantons l'ont rendue obligatoire pour toute la population (Fribourg, Neuchâtel et Tessin en 1987) ou seulement pour une partie de celle-ci: c'est le cas du canton de Vaud.

La loi vaudoise sur l'assurance maladie et accidents (LVAMA) prévoit l'obligation pour les mineurs de s'assurer, ainsi que pour les apprentis (quel que soit leur âge), les étudiants jusqu'à 25 ans et les personnes de plus de 60 ans à revenu modeste, et ceci sans réserve.

Le canton de Vaud a en outre édicté une loi d'encouragement à l'assurance maladie (LEAMA) qui prévoit notamment des subsides pour les personnes de condition modeste.

Par ailleurs, il faut rappeler qu'il n'y a toujours pas d'assurance maternité (elle est incluse dans l'assurance maladie), malgré une votation datant de 1945 qui donne à la Confédération les compétences pour élaborer une telle loi. De nombreuses tentatives ont été faites, mais toujours refusées par des parlementaires (1954, 1961) ou par le peuple (1984, 1987).

De plus, il existe un arrêté fédéral qui prévoit la possibilité de conclure des conventions bilatérales entre des pays et des caisses maladie.

Pour l'instant les pays signataires sont tous européens. Ces conventions prévoient de tenir compte de l'affiliation d'une personne à une assurance dans son pays (ceci est aussi valable pour un Suisse ayant vécu à l'étranger).

Ainsi, un étranger bénéficie des mêmes prestations de base qu'un Suisse. Pour autant:

- qu'il soit assuré dans son pays auprès d'une assurance reconnue
- qu'il n'ait pas attendu plus de trois mois
- qu'il choisisse une caisse ayant signé une convention avec son pays
- qu'il fasse remplir par son pays un certain nombre de formules «ad hoc».

Ceci est particulièrement avantageux pour une femme enceinte, car elle n'est plus soumise au délai d'attente de 270 jours pour bénéficier des prestations de maternité, mais elle doit cependant

être affiliée en Suisse plus de trois mois avant d'accoucher.

III. La Lama

Art. 14 VI Prestations en cas de maternité

1. Les caisses doivent prendre en charge en cas de grossesse et d'accouchement les mêmes prestations qu'en cas de maladie si, lors de ses couches, l'assurée a déjà été affiliée à des caisses depuis au moins 270 jours sans une interruption de plus de trois mois (Ord. III, art. 42)

Cela veut dire qu'une femme qui s'assure en étant déjà enceinte ne peut bénéficier d'aucune prestation de maternité. Par contre, si elle a changé de caisse et que la durée totale d'affiliation est d'**au moins 270 jours sans une interruption de plus de trois mois**, elle a droit aux prestations. De même si elle a changé de pays et qu'elle remplit les conditions des conventions bilatérales.

Si elle a des problèmes pendant la grossesse et accouche prématurément, les soins et l'hospitalisation prénatale (mais pas l'accouchement et ses suites) seront pris en charge au titre des prestations de maladie (voir développement plus loin).

2. Les prestations aux femmes assurées pour les soins médicaux et pharmaceutiques (LAMA, art. 14 bis, 2e al.) et qui doivent comprendre en plus:

3. Une contribution, fixée par le Conseil fédéral (Ord. III, art. 43).

a. Aux frais de soins de l'enfant tant que celui-ci séjourne dans l'établissement hospitalier avec sa mère.

b. Aux frais de soins et de traitement de l'enfant lorsque celui-ci doit être traité dans un établissement hospitalier durant les dix semaines qui suivent la naissance.

(1) HELVETIA Assurances 1987 p.2.2.2. (Classeur)

Cette contribution est fixée dans l'Ord. III, art. 43 et limitée à **5 francs** par jour pour le point a. et à **10 francs** pour le point b.

La convention vaudoise, signée par presque toutes les caisses (en tout cas par toutes les grandes), prévoit quant à elle **7 francs** pour le point a. et **10 francs** pour le b., ce qui est inférieur aux tarifs hospitaliers.

En effet, les hôpitaux vaudois facturent à la mère et à son assurance **7 francs** par jour si l'enfant n'a pas de soins particuliers (point a.). Dans ce cas, la mère n'a rien à payer en plus.

Par contre si l'enfant a besoin d'un traitement (point b.), par exemple une photothérapie ou une radiographie, les hôpitaux facturent entre **40 et 600 francs** par jour (et même plus s'ils comptent à part les honoraires du pédiatre, les analyses de laboratoire, etc), l'assurance de la mère ne prenant en charge que 10 francs! Calculez ce qu'elle devra payer... C'est pour cette raison qu'il est utile d'assurer l'enfant dans le premier mois après sa naissance.

Par comparaison: si ni la mère ni l'enfant ne sont assurés, la facture sera d'au moins **40 francs** par jour (ou plus suivant les hôpitaux) pour le point a. et d'au moins **400 francs** par jour pour le point b. Souvent même **bien plus**, car les honoraires du pédiatre, les analyses de laboratoire, les radiographies, etc., sont facturés séparément. Dans ce cas, la nécessité d'assurer l'enfant dans les délais est encore plus flagrante.

4. Quatre examens de contrôle au maximum pendant la grossesse et un examen dans les dix semaines qui suivent l'accouchement.

Cela veut dire que tous les examens supplémentaires sont soumis aux mêmes contraintes que les prestations pour maladies, c'est-à-dire avec la franchise et la participation.

IV. Entretien avec les caisses-maladie

Si j'ai choisi l'entretien, c'est qu'il me paraissait être le meilleur moyen pour atteindre mon but. Je pensais avoir ainsi plus d'informations et plus de détails sur les prestations offertes par les caisses. J'imaginai qu'il était plus facile d'envisager des exemples de cas particuliers par oral que par écrit.

Je me suis toutefois rendue compte des limites de cette technique. En effet, un support écrit (documents établis à partir des statuts des caisses, questionnaire...) est nécessaire. Car il n'est pas toujours facile de prendre des notes, dans un domaine où les subtilités juridico-statutaires jouent un rôle déterminant.

Comme il me fallait me limiter dans le nombre d'entretiens, j'ai choisi de voir les six plus importantes caisses du canton de Vaud.

Quatre d'entre elles ont plus de 50'000 assurés chacune et totalisent 324'038 assurés (1), soit le 59,43% des assurés vaudois.

Par ordre décroissant: la SUPRA (Caisse-maladie et accidents pour la Suisse), l'HELVETIA (Caisse-maladie Société suisse de secours mutuels Helvétia), la CAISSE VAUDOISE (Caisse cantonale vaudoise d'assurance en cas de maladie et d'accidents) et la CHRETIENNE SOCIALE SUISSE (Caisse-maladie et accidents).

Les deux autres ont entre 10'000 et 49'999 assurés. La FRV (Fédération rurale vaudoise de mutualité et d'assurance sociale, caisse fermée) et l'INTRAS (Caisse-maladie).

Certaines m'ont accordé une entrevue, d'autres un entretien téléphonique. Une seule m'a demandé le questionnaire par écrit.

V. Questions pour guider l'entretien

- Combien offrez-vous pour l'indemnité d'allaitement (LAMA: 50 francs):
– avec l'assurance de base?
– avec l'assurance complémentaire?
- Participez-vous aux frais des cours de préparation à la naissance (facultatif)? Si oui, pour combien?:
– avec l'assurance de base?
– avec l'assurance complémentaire?
- Participez-vous aux frais d'aide familiale (facultatif)? Si oui:
– avec quel type d'assurance (de base, complémentaire, «patient pivé»)?
– jusqu'à concurrence de quelle somme par jour, et combien de jours par an?
- Recommandez-vous d'assurer les enfants avant la naissance ou dans un certain délai? Si oui, pourquoi?
- Si une femme assurée avant d'être enceinte accouche prématurément (donc n'arrive pas aux 270 jours), quelle est votre position?
- Si une étrangère vient pour s'assurer et qu'elle est déjà enceinte, que lui proposez-vous (feuilles à remplir pour convention bilatérale)?

(1) Total des assurés résidant dans le canton: 545'235, 4 caisses totalisent 324'038 membres, 7 caisses 160'081 membres, 11 caisses 51'100 membres et 34 caisses 10'016 membres (annuaire statistique du canton de Vaud 1988, p. 291).

T-Shirt

Le nouveau vêtement de travail pour les sages-femmes hospitalières et indépendantes

Grandeurs: M, L, XL
Couleurs: blanc, bleu, vert, turquoise, pink

Prix: fr. 20.—
Dès 5 pièces fr. 17.—



Désirez-vous faire plaisir à une amie, une collègue ou à vous-même pour les fêtes de Noël? Faites votre commande soit par écrit, soit par téléphone à: ASSF, Secrétariat central, Flurstrasse 26, 3000 Berne 22, tél. 031 42 63 40.

Offre spéciale pour tous les membres de l'Association Suisse des Sages-femmes

C'est avec un grand plaisir que nous nous permettons de vous présenter ci-dessous les avantages et prestations de la carte de crédit VISA.

1. VISA est le no. 1 dans le monde

VISA est de loin la carte de crédit la plus répandue dans le monde. Plus de 7,9 millions d'entreprises-partenaires dans 170 pays sont affiliées à l'organisation VISA. Le nombre des titulaires de cartes dépasse les 208 millions à l'échelle mondiale. En Suisse aussi, VISA offre tous les avantages d'une véritable carte de crédit. Vous verrez le sigle VISA sur la porte de plus de 38'000 entreprises-partenaires. Plus de 400'000 détenteurs de carte utilisent chaque jour leur carte VISA au lieu de payer en argent liquide.

2. Les cotisations pour nos cartes

Basé sur un accord avec le centre VISA de la Banque Finalba à Zurich, vous pouvez obtenir la VISA Classic Card aux conditions spéciales qui suivent:

- pas de frais d'inscription
- cotisation annuelle: la moitié du droit en vigueur (actuellement fr. 100.—) c'est-à-dire fr. 50.—

- les frais pour une carte supplémentaire (par exemple carte pour conjoint) s'élèvent à fr. 25.— (au lieu de fr. 50.—).

3. La formule de demande d'établissement d'une carte VISA

Afin de profiter de cette offre veuillez simplement dûment remplir le coupon ci-dessous et le retourner à notre secrétariat.

Si vous êtes déjà en possession d'une carte VISA de la Banque Finalba vous remplirez quand même le coupon ci-dessous en ajoutant le numéro de votre carte. Au prochain renouvellement de ladite carte la cotisation annuelle réduite entrera en vigueur.

Si un membre quitte l'Association, cette dernière fera l'annonce au centre VISA de la Banque Finalba. La carte de crédit reste en possession du détenteur. La cotisation annuelle sera adaptée à partir du renouvellement de la carte de crédit qui suit à la date de résiliation du membre.

Nous nous réjouissons de vous compter bientôt parmi nos titulaires.

Novembre 1990

FAVOR BASEL

rassurante



VISA  **Finalba**

Filiale de la Société de Banque Suisse

UNE POUR TOUT. DANS LE MONDE ENTIER.

Demande de carte VISA/Finalba

Nom _____

Prénom _____

Date de naissance _____ Etat civil _____

Adresse _____ depuis _____

NPA _____ Lieu _____

Tél. prof.: _____ privé: _____

Ancienne adresse _____

Nationalité _____

Profession _____

Employeur _____

NPA _____ Lieu _____

En fonction depuis _____

Revenu annuel (brut) _____

Relation bancaire _____

Succursale _____

No de compte _____

Uniquement pour les personnes qui ne détiennent pas

de passeport suisse: _____ Prière de joindre

Permis de travail type B type C dre une copie

Lieu, date _____

Signature _____

Je certifie l'exactitude des données figurant sur cette demande d'établissement d'une carte et j'autorise le VISA Center de la Banque Finalba à les contrôler à tout moment. Toutes les informations seront traitées confidentiellement. Le VISA Center de la Banque Finalba peut sans indication de motif refuser cette demande de carte. Les Conditions générales seront communiquées lors de la remise de la carte. Je suis solidairement responsable de toutes mes obligations vis-à-vis du VISA Center de la Banque Finalba. Je reconnais Zurich comme for juridique!

A remplir et à renvoyer à l'adresse suivante:

Banque Finalba VISA Center
Flughofstrasse 54, 8152 Glattbrugg/Zurich
Téléphone 01/828 31 11, Téléfax 01/810 46 72



0802/8838

7. Qu'offrez-vous en plus des prestations de base inscrites dans la LAMA?

Pour quelques questions, il a été facile de faire un tableau comparatif des réponses. Mais pour les autres, la tâche était presque impossible, car chaque caisse propose un cocktail de prestations différentes avec leurs «assurances complémentaires».

Avec l'assurance de base, par exemple, certaines sont plus «larges» que la LAMA sur une prestation, alors que d'autres préfèrent se montrer généreuses pour d'autres prestations.

VI. Réponses et commentaires

1. Combien offrez-vous pour l'indemnité d'allaitement?

Cette première question ne se prête pas à de nombreux commentaires. Certaines caisses s'en tiennent à l'indemnité retenue par la LAMA (50.—), d'autres offrent plus (en général 100.—). Ont-elles remarqué qu'un enfant allaité était bénéfique pour la caisse? Difficile à dire.

2. Participez-vous aux frais des cours de préparation à la naissance?

La participation aux frais du cours est très variable d'une caisse à l'autre, ce qui n'est guère étonnant, puisque d'une part ce n'est pas obligatoire, d'autre part ces cours sont considérés comme acte préventif (donc pas pris en charge).

Pourtant, plusieurs caisses offrent une participation, soit avec l'assurance de base, soit avec l'assurance complémentaire. Ce qui laisse penser qu'elles admettent l'utilité de ses cours. Ou bien n'est-ce que pour attirer les clientes?

3. Participez-vous aux frais de l'aide-familiale?

La participation au frais de l'aide familiale est toujours soumise à la prescription médicale ou à l'approbation de la caisse, et ses frais sont parfois soumis à la participation (10%) et à la franchise. En général, il faut aussi que l'aide familiale vienne d'un service reconnu ou qu'elle puisse prouver sa perte de gain en venant seconder l'assurée et, en tel cas, qu'elle ne soit pas un proche parent.

Cette participation n'étant pas obligatoire, elle peut parfois se discuter: des

caisses sont d'accord de payer si une aide peut éviter ou raccourcir une hospitalisation. Il semble que les caisses soient plus ouvertes à ce compromis aujourd'hui qu'il y a quelques années. La durée des prestations est toujours limitée dans le temps, mais ses limites sont très variables d'une caisse à l'autre (voir tableau).

En cas de maternité, les prestations, liées à l'aide familiale, sont toujours soumises à un délai d'attente ou stage. C'est-à-dire qu'une femme doit être assurée pour les prestations dont elle veut bénéficier depuis plus de X jours ou mois (variable selon les caisses, mais toujours égal ou supérieur aux 270 jours inscrits dans la LAMA).

La différence de primes (pour les assurances complémentaires autres que celles pour «patient privé») est par contre minime: de 5 à 20 francs suivant l'âge, la région et l'assurance complémentaire choisie.

La différence de la participation aux frais est par contre énorme.

La SUPRA propose une assurance de «prestations particulières» avec trois classes possibles: R1, R2, R3, qui correspondent aux capitaux annuels assurables (respectivement 5'000.—, 8'000.—, 12'000.— pour l'ensemble — une vingtaine — des prestations proposées).

Par exemple, une femme assurée pour la classe R1 bénéficiera du remboursement des frais de l'aide familiale jusqu'à concurrence de 20.— par jour pendant 30 jours par cas, pour autant qu'elle ne dépasse pas déjà le capital assuré par année avec les autres prestations reçues.

Les primes pour ces trois classes varient entre 5.— et 20.— suivant la classe choisie, l'âge de la personne et l'âge d'entrée dans cette classe (qui est limitée à 55 ans pour R1 et 50 ans pour R2 et R3).

L'HELVETIA a une assurance pour soins spéciaux «AS» et une multitude de possibilités d'assurance complémentaires d'hospitalisation («patient privé») qui incluent toutes une participation aux frais de l'aide familiale.

L'«AS» prévoit un remboursement maximum 18.— par jour, mais respectivement pour chaque tranche de 6 heures d'aide, ce qui veut dire un maximum de 3.— par heure! Pour des cotisations

mensuelles entre 4.— et 11.— (en 1989) suivant les régions.

Et, avec le cumul des assurances complémentaires d'hospitalisation, on peut arriver au maximum de 40.— par jour, mais toujours respectivement pour chaque tranche de 6 heures, soit un maximum de 6.66 francs par heure.

En plus, la durée des prestations est limitée à 21 jours après l'accouchement. A mon avis, ces prestations sont assez médiocres par rapport aux autres caisses.

La Caisse Vaudoise offre dans son «assurance complémentaire pour risques spéciaux» une prestation assez intéressante: la participation aux frais de l'aide familiale jusqu'à 40.— par jour pendant 90 jours, mais au maximum 90% de la facture.

Pour la Chrétienne Sociale, les choses se compliquent. «L'assurance supplémentaire pour frais d'hospitalisation» (qui rembourse les frais hôteliers d'une hospitalisation) est obligatoire dans le canton de Vaud pour un montant assuré de 90.— au minimum.

Assurance qui inclut entre autres des prestations pour aide familiale, au maximum 30 fois par an pour les frais ne dépassant pas la moitié de la somme assurée, soit 90 francs divisés par 2: 45.— par jour, avec toutefois un plafond de 50 francs.

La FRV a un système encore différent. Il y a deux groupes: les membres du «cercle familial» et les membres «individuels».

Les premiers bénéficient du service rural d'entraide. Lequel envoie, en cas d'accident ou de problème médical, une aide rurale formée pour remplacer de jour la mère durant la période nécessaire. La FRV prend 70% des frais en charge.

Pour les membres «individuels» ou pour les problèmes non médicaux, il est possible, au besoin, de négocier la participation aux frais d'une aide familiale.

Par exemple, pour un accouchement à domicile ou ambulatoire, la famille pourrait avoir une aide pendant 10 jours (le même nombre de jours que pour les soins de la sage-femme). Laquelle peut être un membre de la famille si elle peut prouver sa perte de gain en venant faire le ménage.

Il n'y a pas de règlement pour cela, la FRV est toujours prête à discuter. Elle

Caisse maladie	Indemnité d'allaitement	Participation au cours	Aide familiale	Prestation après	Prestation pendant	Assurance pour l'enfant	Accouchement prématuré	En plus
SUPRA a. base	Fr. 50.-	-	-			Si demande dans les cinq jours: assuré dès naissance et premier mois gratuit	Voir de cas en cas avec le médecin conseil	
a. compl.	R1, R2, R3 Fr. 100.-	R1, R2, R3 Fr. 100.- par grossesse	Sur ordre médical, avec autorisation de la caisse et exécuté par personne autorisée R1: Fr. 20.-/j. R2: Fr. 30.-/j. R3: Fr. 50.-/j. Fr. 5'000.- Fr. 8'000.- Fr. 12'000.- / an* *(capitiaux max. pour l'ensemble des prestations des a.R)	12 mois	30 jours par cas			
HELVETIA a. base	Dès le 1.1.1990: Fr. 100.- (avant Fr. 50.-)	-	-			Premier mois gratuit. Si demande avant naissance, 2ème mois aussi gratuit et sans réserve	S'il est prouvé que les prestations sont déjà assurées avant la grossesse	Pas de limitation à quatre visites prénatales
a. compl.	-	-	Sur ordre médical et par personne autorisée ou pouvant prouver sa perte de gain AS* max. Fr. 18.-/j. respectivement pour chaque tranche de 6h. (= Fr. 3.-/h.). Avec cumul autres a. compl. («privés») max. Fr. 40.-/j. par 6h. (= 6,60/h.). *AS = assurance des soins spéciaux	270 jours	21 jours (après acc.) (sinon 28j./an)			
CAISSE VAUDOISE a. base	Fr. 50.-	Fr. 100.-	-			Premier mois gratuit. Si demande dans les 30 jours, assuré dès la naissance	Rien pour l'acc. Mais les consultations et hosp. prénatales sont considérées	
a. compl.	+ Fr. 50.- = Fr. 100.-	-	Sur ordre médical et par personne autorisée max. Fr. 40.-/jour mais max. 90% de la facture	300 jours	90 jours/an			
CHRETIENNE SOCIALE a. base	Fr. 100.-	Certaines sections (Lausanne: Fr. 100.-)	Sur ordre médical, par personne autorisée ou autre mais non proche parent; avec l'a. compl. pour frais d'hosp. (Fr. 90.-) obligatoire dans le canton de Vaud 50% de la somme assurée/j. (si Fr. 90.- = Fr. 45.-) masi max. Fr. 50.-	9 mois	30 fois/an	Si demande dans les 30 jours, assuré dès la naissance et sans réserve	Idem Caisse Vaudoise	Voir aide familiale
a. compl.	-	-	-					
FRV a. base	Si l'enfant n'est pas assuré à la FRV Fr. 50.-. Si la mère et l'enfant sont assurés à la FRV: prime de naissance Fr. 300.-, que la mère allaite ou pas	Fr. 250.-	Pour membre du cercle familial: service rural d'entraide: 70% des frais de l'aide rurale si problème médical. Pour acc. à domicile ou ambulatoire aide possible si besoin pouvant être de la famille s'il peut prouver sa perte de gain (pas de règlement, prest. à discuter, sont plus larges s'il y a plusieurs enfants). Nouveau: Fr. 200.- pour aide familiale si grossesse à risque.			Si demande dans les 30 jours, assuré dès la naissance	Prêts à discuter si la femme vraiment assurée avant la grossesse	Prise en charge de location tire-lait
a. compl.	-	-	-					
INTRAS a. base	Fr. 50.-	-	Cas particulier se discute: si cela peut éviter ou raccourcir une hosp. (sur ordre médical) jusqu'à concurrence des prestations pour soins à domicile (max. Fr. 30.-/jour).	Assurée avant début grossesse	Selon cas max. 180 j.	Si demande dans les 30 jours, assuré dès la naissance et sans réserve	Idem FRV	Pas de limitation à quatre visites prénatales
a. compl.	-	-	Prestations peuvent être plus élevées.					

est plus large dans sa participation s'il y a plusieurs enfants dans la famille.

Depuis peu une nouvelle prestation est offerte: 200.— par mois pour une aide familiale pour les femmes ayant une «grossesse à risque», c'est-à-dire si la femme doit rester allitée. Prestation valable pour les deux groupes d'assurés. Un autre projet de prise en charge plus importante est en gestation pour l'an prochain.

Pour l'INTRAS, avec l'assurance de base, chaque cas particulier se discute, car il n'y a pas de règlement.

L'INTRAS prend en charge les frais de l'aide familiale si celle-ci peut éviter ou raccourcir une hospitalisation. Mais au maximum 30.— par jour pendant 180 jours par année civile.

Elle tiendra compte de l'avis médical, mais aussi de la situation sociale (famille avec plusieurs enfants ou mère seule...).

L'INTRAS ne propose pas d'assurance complémentaire avec ses contrats d'assurance individuelle, mais seulement avec ceux de l'assurance collective. Avec l'assurance complémentaire, les prestations peuvent être plus élevées.

Pour conclure, nous pouvons comparer ces prestations avec les tarifs pratiqués par les services d'aides familiales: une personne (AVS) seule ayant moins de 800.— par mois paie 5.— par heure. Le maximum est de 12.— par heure (dans les zones conventionnées) dès que le revenu atteint 1'526.— par mois pour une personne seule et 2'001.— par mois pour un couple ou une famille, car l'échelle utilisée est la même pour les personnes à l'AVS que pour les familles. Cependant des arrangements avec les communes ou le service d'aide familiale sont possibles.

4. Recommandez-vous d'assurer les enfants avant la naissance ou dans un certain délai?

Assurer un enfant avant sa naissance est inutile (plusieurs assureurs me l'ont confirmé). En revanche, on peut conclure une pré-assurance, c'est-à-dire signaler à la caisse que l'on désire assurer son enfant chez elle et déjà remplir certains papiers.

Parfois, cette pré-assurance donne droit à des avantages comme la gratuité des primes du premier, voir du deuxième mois, ou une admission sans réserve. Certaines assurances offrent

ce même avantage aux parents qui assurent leur enfant dans un délai de 30 jours après la naissance.

Après 30 jours, une caisse peut, dans un premier temps, refuser d'assurer un enfant. Mais comme dans le canton de Vaud l'assurance de base est obligatoire pour les mineurs (LVAMA art. 2), l'organe de contrôle désigne à tour de rôle une caisse pour cet enfant.

Cependant, si toute la famille est assurée dans la même caisse, celle-ci accepte en général l'enfant, même si les 30 jours sont écoulés. Par contre, les frais ne seront pris en charge que depuis l'inscription.

Sur le plan suisse, «les caisses-maladie peuvent imposer une réserve à l'enfant qui naît avec une infirmité congénitale, sauf – évidemment – si les conditions générales d'assurance de la caisse prévoient une exemption de réserve pour les enfants annoncés à l'assurance dans un laps de temps déterminé après la naissance.» (1)

Ce qui est le cas, par exemple, pour la Chrétienne Sociale et l'INRAS, caisses suisses, si l'enfant est annoncé avant ou jusqu'à 30 jours après la naissance: il est admis sans réserve et assuré dès la naissance.

Pour l'HELVETIA, il faut que l'enfant soit inscrit avant la naissance pour bénéficier d'une exemption de réserve.

Les autres caisses ne précisent rien à ce sujet.

Par contre, dans le canton de Vaud, cette clause est inutile, puisque la LVAMA (art. 13) prévoit une exemption de réserve pour les personnes au bénéfice de l'assurance obligatoire.

La Caisse Vaudoise et la FRV (caisses principalement vaudoises), ainsi que la SUPRA, ne mentionnent pas cette clause dans leurs statuts.

Bien sûr, ceci n'est valable que pour l'assurance de base: toutes les réserves restent possible pour les assurances complémentaires.

Assurer un enfant peut éviter certains frais, surtout si la mère est assurée en «chambre privée» et qu'elle accouche en clinique. En effet, l'assurance de la mère prend en charge les frais de l'enfant qui séjourne en même temps qu'elle ou qui est traité dans un établissement hospitalier (LAMA art. 14 al. 2 no 3), mais jusqu'à concurrence d'une certaine somme (Ord. III art. 43).

En général, l'assurance de la mère prend en charge les frais de séjour de

l'enfant, même si ceux-ci sont supérieurs à ceux prévus par l'ordonnance, d'autant plus si l'enfant va être assuré dans la même caisse.

S'il doit subir un traitement particulier, il est souvent envoyé dans un établissement hospitalier, donc en «chambre commune». Par contre, s'il est traité à la clinique (par ex. pour une photothérapie), il est administrativement «hospitalisé» en son nom, donc taxé comme un autre enfant en chambre privée. Si les parents assurent leur enfant en «chambre privée», il n'y a pas de problème. Mais dans le cas contraire, chaque caisse a sa politique; il en va de même pour la visite du pédiatre privé à la clinique.

Il est donc important de bien se renseigner auprès de sa caisse avant d'accoucher, d'imaginer tous les «scénarios» possibles et, éventuellement, de demander une confirmation par écrit.

5. Si une femme, assurée avant d'être enceinte, accouche prématurément, quelle est votre position?

Dans le cas d'un accouchement prématuré pour une femme s'étant assurée juste avant d'être enceinte, les positions des caisses sont différentes. Certaines sont prêtes à discuter «si la personne est de bonne foi», d'autres appliquent la LAMA à la lettre.

Mais en général, si les prestations en cas de maternité ne sont pas prises en charge, les frais de consultation et d'hospitalisation prénatales sont par contre assumés comme en cas de maladie.

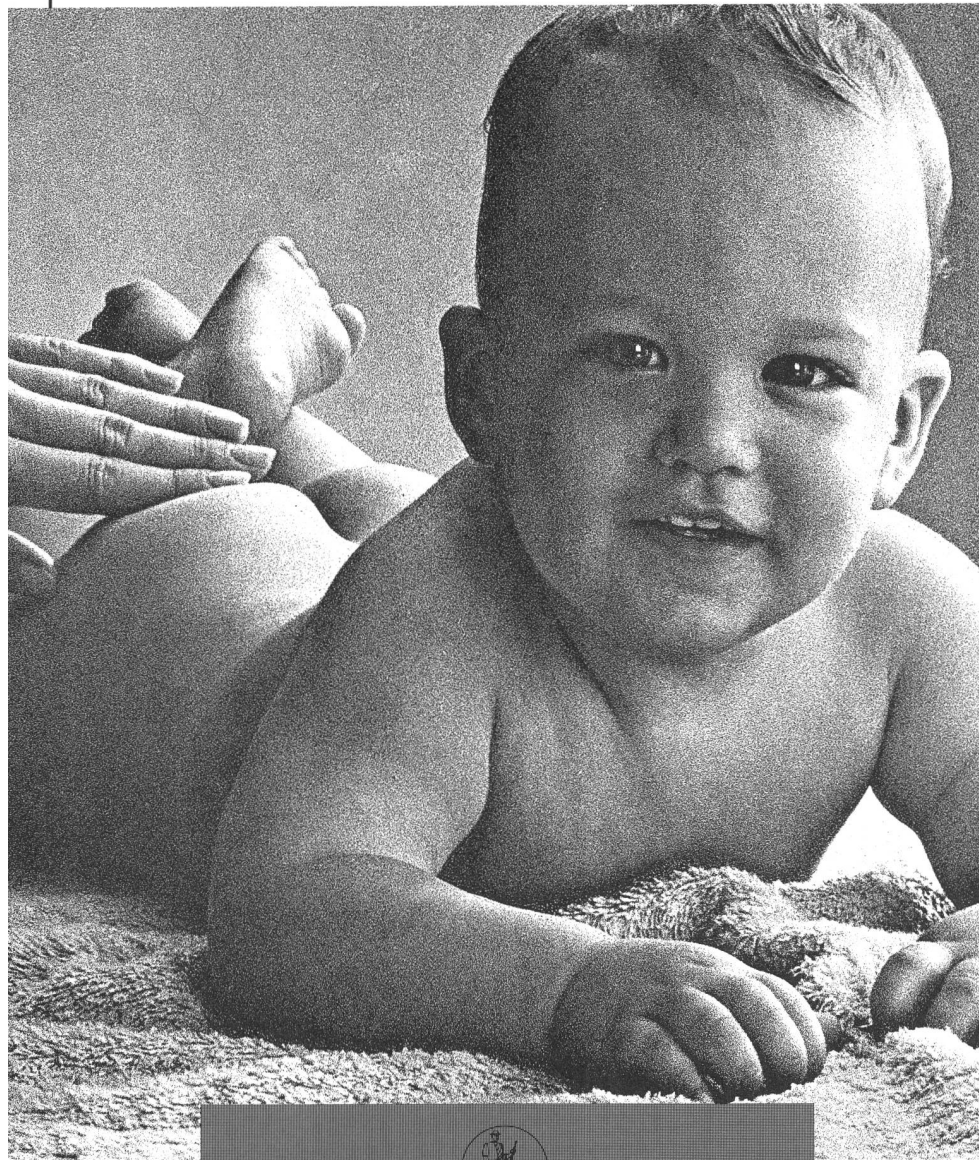
6. Si une étrangère vient pour s'assurer et qu'elle est déjà enceinte, lui proposez-vous les feuilles des conventions bilatérales à remplir?

La question était mal formulée. Du moment où l'on suggère une réponse, les assureurs ont tendance à répondre par l'affirmative et l'analyse devient difficile. La majorité des grandes caisses ouvertes ont signé des conventions bilatérales avec les pays voisins, la Caisse Vaudoise et la FRV (caisse fermée) exceptées.

La Caisse Vaudoise accepte les personnes de certains pays voisins (par exemple de la France) aux mêmes conditions que les caisses ayant signé une convention.

(1) Cours de Mme Deslands p.2

COMMENT PROTÉGER UNE PEAU INCAPABLE DE SE DÉFENDRE?



Durant leurs premiers mois, les bébés découvrent leur environnement par le toucher. Mais leur peau est encore incapable de répondre à toutes les exigences. Les mécanismes de défense et la capacité de résistance sont, à ce stade, insuffisants. Les endroits particulièrement maltraités, tels que les fesses, ont besoin d'être protégés.

La crème PENATEN protège, prévient les rougeurs et favorise la guérison. Le **suint** naturel qu'elle contient ainsi que sa forte teneur en **oxyde de zinc** la rendent particulièrement adhérente. Elle forme ainsi une barrière à effet légèrement bactéricide. Quant au **panthénol** et à l'**al-lantoïne**, ils favorisent la guérison, stimulent le renouvellement cellulaire et renforcent la résistance naturelle de la peau (crème PENATEN OICM 29709).



Persuadez-vous de la qualité et de l'efficacité des produits PENATEN en commandant notre documentation.


PENATEN
POUR VOTRE BÉBÉ
UNIQUEMENT LE MEILLEUR

Oui, je m'intéresse à PENATEN et souhaite recevoir votre documentation. Veuillez envoyer le tout à:

Nom, prénom _____

Profession _____

Rue, no _____

NPA, localité _____

Téléphone _____

Envoyer à: Johnson & Johnson SA,
Rotzenbühlstr. 55, 8957 Spreitenbach



La FRV propose par contre une assurance collective de travailleurs agricoles où peuvent être assurés tous les employés au service d'un membre FRV.

7. Qu'offrez-vous en plus des prestations de base inscrites dans la LAMA?

Là encore, la question n'était pas très adroite, car souvent les prestations supplémentaires sont déjà décrites dans les autres rubriques.

Deux des caisses interrogées (l'HELVETIA depuis 1.1.90 et l'INTRAS) offrent toutes les consultations de grossesse (contre 4 pour la LAMA), sauf s'il s'agit d'une consultation pour grippe bien sûr, le tout sans franchise ni participation.

Ce qui est un pas en avant, car la majorité des femmes ont plus de quatre consultations par grossesse, même si cette dernière se déroule normalement.

La FRV offre en plus la prise en charge de la location du tire-lait. Les autres caisses n'en font pas mention, mais cela ne veut pas dire qu'elles ne la prennent pas aussi en charge.

Toutes les caisses étudiées font partie de la douzaine (sur une soixantaine pour le canton de Vaud) qui offrent une cotisation dégressive pour les familles. Par exemple, des cotisations gratuites ou symboliques (2,80 F) pour le troisième enfant.

VII. Conclusion

Le but de mon travail, qui était de mieux comprendre pour mieux expliquer, n'est pas entièrement atteint.

En effet, en ce qui concerne les prestations minimales exigées par la loi (LAMA), il est assez simple, avec un document précis, de renseigner une personne sur les prestations auxquelles elle a droit.

Par contre, pour toutes les autres prestations non obligatoires, il est impossible de faire des généralités. En effet, chaque caisse offre son type d'assurances complémentaires avec autant de prestations différentes.

La personne est donc obligée de se renseigner auprès de sa propre caisse pour savoir ce dont elle peut bénéficier, compte tenu du type d'assurance qu'elle a contracté.

Pour des prestations non obligatoires, telle l'aide familiale, certaines caisses sont disposées à discuter de cas en cas, lorsque l'aide peut raccourcir ou éviter une hospitalisation.

Lors d'une hospitalisation en clinique ou en «privé», il est important de bien se renseigner au préalable, entre autres sur les prestations allouées à l'enfant, surtout si l'on n'a pas l'intention de l'assurer en «chambre privée» et/ou de l'assurer dans la même caisse que sa mère.

Cependant, il est intéressant de remarquer que les caisses élargissent de plus en plus leurs prestations non obligatoires (augmentation de l'indemnité d'allaitement, participation aux frais de cours de préparation à la naissance, etc.) et sont prêtes à discuter certains frais.

Le problème de l'aide familiale soulève celui de la reconnaissance du travail de la femme au sein de la famille. Une aide pourtant bienvenue et utile, qui n'est d'ailleurs pas toujours suffisante (lors d'une hospitalisation de longue durée par exemple), surtout lorsqu'il y a des enfants en bas âge. Or, le placement de ceux-ci chez d'autres membres de la famille n'est pas toujours possible. Peut-être faudrait-il, comme me l'ont

suggéré deux assureurs, envisager d'autres solutions: par exemple inciter les mères à contracter une assurance d'indemnités à plein-temps. Toutefois il faudrait s'assurer que ces indemnités soient suffisantes et que les primes ne soient pas trop élevées. Vaste question qui mériterait une recherche à part entière.

Notre système de «sécurité sociale» est très complexe. La population est, en général, bien couverte pour tout ce qui est du domaine médical (remboursement sans difficulté des factures d'hôpital et de médecin). Mais les prestations plus «sociales», comme les soins à domicile ou l'aide familiale, sont soumises à l'approbation – subjective – des caisses qui n'ont pas toutes la même largesse dans ce domaine.

L'idée d'un petit guide à l'usage des professionnels de la santé a germé, mais pour cela il faut revoir ce travail et ne garder que ce qui est essentiel à la compréhension de notre système d'assurance. □

IX. Glossaire

Assurance de base	Ensemble de prestations minimales que doit offrir une caisse lors de la conclusion d'assurance maladie (ces prestations sont définies dans la LAMA).
Assurance complémentaire	Prestations non obligatoires pour lesquelles une personne peut s'assurer, moyennant une augmentation de primes (par ex.: assurance pour «patient privé»).
AC	Assurance chômage
AI	Assurance fédérale invalidité
AMF	Assurance militaire fédérale
APG	Assurance perte de gain (allocations pour perte de gain)
AVS	Assurance fédérale vieillesse et survivants
CNA	Caisse nationale suisse d'assurances en cas d'accidents (l'un des supports de l'assurance accidents obligatoire)
Couverture	Dommages ou événements donnant droit à des prestations (par ex. couverture des frais pharmaceutiques à 90%)
Délai d'attente	voir stage
Franchise	Participation de l'assuré au dommage, fixée dans le contrat d'assurance
LAA	Loi fédérale sur l'assurance accidents (obligatoire pour les salariés)
LAMA	Loi sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents
LAMM	Loi sur l'assurance maladie et maternité (en préparation)
LEAM	Loi sur l'encouragement à l'assurance en cas de maladie et d'accidents (Vaud)
LPP	Loi fédérale sur la prévoyance professionnelle (2ème pilier, obligatoire pour les salariés)
LVAMA	Loi Vaudoise sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents
Ombudsman	Médiateur, personne de confiance à qui les assurés peuvent s'adresser en cas de litige avec leur assurance privée (ses services sont gratuits)
OFAP	Office (de contrôle) Fédéral des Assurances Privées
OFAS	Office (de contrôle) Fédéral des Assurances Sociales
Prestations	Lors de la survenance de l'événement, somme que l'assureur doit fournir (par ex. remboursement d'une facture d'hôpital)
Primes	Somme que l'assuré doit payer à l'assureur
Réserves	Restriction de la couverture d'assurance (par ex. l'assurance ne prend pas en charge les frais de traitement liés à une maladie existant avant de s'assurer)
Stage	Ou délai d'attente: la période qu'il faut attendre entre l'admission à une caisse et le droit aux prestations (tout en payant ses primes). En cas de maternité, il y en a presque toujours un qui est de 270 jours ou plus, surtout si l'on prend une assurance complémentaire avec des prestations plus importantes