

Crohn/ Colite

accent

ASMCC

ASSOCIATION SUISSE DE LA MALADIE
DE CROHN ET COLITE ULCÉREUSE
CH-5000 AARAU
WWW.ASMCC.CH



ASMCC



Assurances sociales et MICI

**Petit guide pour
les personnes concernées.**



Table des matières

Mentions légales

Magazine pur les membres de l'ASMCC
Suisse Association suisse de la maladie de
Crohn et colite ulcéreuse

Tirage: 6000 exemplaires

Editeur: ASMCC Suisse Association Suisse
de la Maladie de Crohn et Colite ulcéreuse,
5000 Aarau

Téléphone/Fax: 041 670 04 87

E-mail: welcome@asmcc.ch

Compte postal: 50-394-6

Internet: www.smcv.ch, www.asmcc.ch

Conseil spécialisé:

Prof. Dr. med. Stephan Vavricka

Directeur du service de gastroentérologie et
d'hépatologie

Hôpital municipal de Triemli,

Birmensdorferstrasse 497

8063 Zurich

Vérification spécialisée:

gebo Sozialversicherungen AG

www.gebo.ch

Direction de projet et rédaction:

Centerview GmbH

Dr. Nadine Zahnd-Straumann

info@centerview.ch

**Toute réimpression ou reproduction, même
par extraits, est autorisée seulement
après autorisation du comité directeur de
l'ASMCC.**

Les photos utilisées dans ce magazine ne
doivent pas avoir de lien direct avec le texte.

Sources

Ligue suisse contre le cancer

Ligue pulmonaire suisse

Office fédéral de la santé (www.bag.ch) Centre
d'information AVS/AI (www.ahv-iv.ch)

Conception: agentur mehrwert, Baden,

www.agentur-mehrwert.ch

Mise à jour des informations:

1re édition, mai 2017

IBDnet

En collaboration avec IBDnet

www.ibdnet.ch

- 4 Assurances sociales –
vue d'ensemble
- 8 Examens et traitements
médicaux
- 12 Incapacité de travail et perte
de gain
- 18 Invalidité
- 20 Nécessité de soins et dépendance
- 22 Si vous ne pouvez plus décider
vous-même

Avant-propos



**Prof. Dr. med.
Stephan Vavricka**
Directeur du service
de gastroentérologie
de l'hôpital municipal
de Triemli, Zurich
Président IBDnet

Chère patiente, cher patient

Une maladie inflammatoire chronique intestinale (MICI) comme la maladie de Crohn et la colite ulcéreuse est incurable et vous accompagnera tout au long de votre vie. Bien souvent, on ne s'attend pas à un tel diagnostic et l'évolution d'une MICI varie fortement selon les cas et est difficilement prévisible.

Les MICI peuvent avoir des répercussions dans tous les domaines de la vie: la maladie ne perturbe pas seulement la vie sociale et familiale. Pendant les phases actives de la maladie, il faut bien souvent adapter sa charge de travail, voire interrompre son activité. À cela s'ajoutent les factures des médecins et des hôpitaux et les dépenses en médicaments et thérapies.

En Suisse, nous disposons d'un système de sécurité sociale bien conçu. Avec cette brochure, nous souhaitons vous apporter des précisions sur les rouages, parfois complexes, de notre système de sécurité sociale. Cette brochure vous conseille également sur la manière de faire valoir des prestations, vous explique comment combler des lacunes de prestations et comment éviter de se retrouver dans une situation financière difficile.

Toutefois, cette brochure ne saurait remplacer un entretien avec votre médecin ou avec un expert spécialisé dans les questions sur les assurances sociales.

Meilleures salutations,

Prof. Dr. med. Stephan Vavricka

Directeur du service de gastroentérologie de l'hôpital
municipal de Triemli, Zurich,
Président IBDnet

Assurances sociales – vue d'ensemble

Les assurances sociales ont été créées dans le but d'atténuer les problèmes financiers qui peuvent survenir après la maladie, l'invalidité, le chômage ou la vieillesse. La loi définit les conditions à remplir afin de pouvoir bénéficier de prestations dans une telle situation à risque. Le montant des prestations ainsi que la coordination entre les assurances sociales sont également définis par certaines lois.

Assurance-maladie obligatoire (LAMal)

Assurance de base

Depuis 1996, conformément à la loi sur l'assurance-maladie (LAMal), l'assurance de base est obligatoire pour toute personne résidant en Suisse. Les personnes tenues de s'assurer peuvent choisir librement l'un des assureurs autorisés (caisses d'assurance maladie). Les caisses d'assurance maladie doivent, à l'endroit où ils exercent leur activité, accepter sans réserve dans l'assurance de base toute personne tenue de s'assurer. L'OFSP propose chaque année un aperçu des primes par canton sur le site www.priminfo.ch.

Quels sont les coûts à ma charge?

L'assurance de base couvre les coûts du traitement médical en cas de maladie. Chaque personne paie à cet effet sa propre prime. Une partie des frais médicaux encourus sont à la charge de l'assuré. La participation aux frais comprend la franchise, la quote-part et une participation aux coûts d'un séjour hospitalier:

- **Franchise:** montant libre, au moins Fr. 300.– par an (uniquement pour les personnes majeures).
- **Quote-part:** 10 % des frais de traitement qui dépassent le montant de la franchise, avec toutefois un maximum de Fr. 700.– par an pour les adultes et de Fr. 350.– pour les enfants et les adolescents. La quote-part atteint 20 % lorsqu'un assuré opte pour un médicament original alors qu'il existe un médicament générique (médicament meilleur marché contenant la même substance active) qui coûte au moins 20 % de moins. Si le médecin prescrit expressément le médicament original pour des raisons médicales, la franchise reste à 10 %.

- **En cas de séjours hospitaliers**, la somme de Fr. 15.– par jour est facturée à l'assuré pour les repas. Ce montant ne s'applique pas aux enfants ni aux jeunes effectuant une formation.

Décompte de la caisse-maladie

Franchise et quote-part, un exemple

Madame Martin reçoit en janvier une facture de Fr. 200.– de son médecin de famille qu'elle règle sans délai et envoie à sa caisse-maladie pour décompte. La franchise de Mme Martin est de Fr. 300.–. En mars, elle reçoit une facture de Fr. 1300.– pour un traitement chez un oncologue.

		Franchise Fr. 300.–	10 % de quote- part, max. Fr. 700.– an	Remboursement de la caisse- maladie à Mme Martin
Facture du médecin de famille, janvier	Fr. 200.–	Fr. 200.– à la charge de Mme Martin		Fr. 0.00
Facture de l'oncologue, mars	Fr. 1300.–	Fr. 100.– à la charge de Mme Martin	10 % de Fr. 1200.– = Fr. 120.– sont à la charge de Mme Martin. Les Fr. 1080.– restants sont pris en charge par la caisse-maladie	Fr. 1080.–

Assurances complémentaires

Les caisses d'assurance maladie proposent différentes assurances complémentaires facultatives (selon la loi sur le contrat d'assurance = LCA) pour la prise en charge des soins non couverts par l'assurance de base. Les assurances complémentaires sont proposées pour le traitement dans des services privés ou semi-privés des hôpitaux ou pour la médecine complémentaire. Ces assurances ne doivent pas nécessairement être souscrites auprès de la même caisse d'assurance maladie que celle proposant l'assurance de base. Il est utile de comparer les prix.

Restriction

Contrairement à l'assurance de base, les assurances complémentaires relèvent du droit privé (LCA). Par conséquent, les caisses d'assurance ma-

maladie peuvent définir elles-mêmes leur offre de prestations ainsi que les conditions d'acceptation. En général, une personne déjà malade ne pourra pas contracter une assurance complémentaire, ou alors seulement avec une franchise. Vérifiez les conditions auprès de différentes caisses d'assurance maladie.

Quelle assurance maladie paie quoi?

Risque	Branche des assurances (base légale)	Prestation	Condition
Maladie, accident	Assurance-maladie *(LAMal)	Traitement médical, soins, médicaments, moyens auxiliaires et appareils	Assurance-maladie obligatoire (assurance de base)
	Assurance-accidents (LAA)	Traitement médical, soins, médicaments, moyens auxiliaires et appareils	En cas de maladie Professionnelle, accidents professionnels et non professionnels
	Assurance-invalidité (LAI)	Traitement médical en cas d'infirmité congénitale	Avant l'âge de 20 ans
	Assurance-invalidité (LAI)	Moyens auxiliaires	Avant l'âge donnant droit aux rentes AVS
	Assurance-vieillesse et survivants (LAVS)	Moyens auxiliaires	En cas de rente AVS
	Prestations complémentaires (LPC)	Coûts en lien avec la maladie	Retraités AVS dans le besoin
Perte de gain	Assurance-maladie (LAMal, respectivement LCA**)	Indemnité journalière maladie	Assurance facultative
	Assurance-accidents (LAA)	Indemnité journalière accident	En cas de maladie professionnelle, accidents professionnels et non professionnels
Invalidité	Assurance-invalidité (LAI)	Rente d'invalidité, rente pour enfants	Pour les assurés AI/ AVS
	Prévoyance professionnelle (LPP)	Rente d'invalidité, rente pour enfants	Pour les assurés LPP

* De nombreux assureurs proposent, pour des prestations non couvertes par l'assurance-maladie obligatoire, des assurances complémentaires relevant du droit privé.

** Pour la plupart des assureurs d'indemnités journalières en cas de maladie, ce n'est pas la loi sur l'assurance-maladie (LAMal), mais la loi sur le contrat d'assurance (LCA) qui fait foi.

Risque	Branche des assurances (base légale)	Prestation	Condition
Invalidité	Prestations complémentaires (LPC)	Prestations complémentaires, coûts liés au handicap	Pour les bénéficiaires de rentes
	AI dans le besoin	Traitement médical, soins, médicaments, moyens auxiliaires et appareils	En cas de maladie Professionnelle, accidents professionnels et non professionnels
Impotence	Assurance-invalidité (AI)	Allocation pour impotent	Au moins une année d'impotence durable
	Assurance-veillesse survivants (LAVS)	Allocation pour impotent	Au moins une année d'impotence durable
Décès	Assurance-veillesse survivants (LAVS)	Rente de veuve, de veuf et d'orphelin	Assurance obligatoire
	Prévoyance professionnelle (LPP)	Rente de veuve, de veuf et d'orphelin	Pour les assurés LPP
	Prestations complémentaires (LPC)	Prestations complémentaires	Complément à la rente AVS ou AI
Veillesse	Assurance-veillesse survivants (LAVS)	Rente vieillesse	Assurance obligatoire
	Prévoyance professionnelle (LPP)	Rente vieillesse	Assurance obligatoire pour employés dont le salaire annuel atteint au moins Fr. 21 150. Facultatif pour toutes les autres personnes.
	Prestations complémentaires (LPC)	Prestations complémentaires	Pour les bénéficiaires de la rente AVS dans le besoin

Examens et traitements médicaux

Prestations pour le dépistage précoce et la prévention

- Pour le dépistage précoce de maladies et la prévoyance en matière de santé, les caisses d'assurance maladie prennent en charge, conformément à la LCA, les coûts de ces examens, conseils et vaccins médicaux même s'il n'y a aucun signe indiquant une maladie. Sont notamment pris en charge:
- vaccins selon les recommandations du plan de vaccination suisse et certains vaccins complémentaires (information détaillées sur www.bag.admin.ch),
 - examens préventifs sur le cancer du côlon chez les personnes âgées de 50 à 60 ans,
 - examens gynécologiques préventifs,
 - mammographie,
 - examens de contrôle pour le développement des enfants.

Examens médicaux chez le médecin

L'assurance maladie obligatoire prend en charge les coûts des prestations médicales qui servent à des fins de diagnostic ou de traitement d'une maladie si ces prestations remplissent des critères d'efficacité, de pertinence et de rentabilité (rapport coût/utilité). Avant tout examen ou traitement, le médecin traitant doit vous indiquer si la prestation concernée est prise en charge ou non.

Les examens endoscopiques pour le dépistage des MICI ou pour contrôler l'évolution de la maladie sont couverts par l'assurance de base s'ils répondent aux critères mentionnés ci-dessus.

Médicaments remboursés par les caisses d'assurance maladie

En général, les thérapies et médicaments sont remboursés par les caisses d'assurance maladie uniquement s'ils figurent sur la liste des spécialités de l'office fédérale de la santé publique (<http://www.lis.tedesspecialites.ch> et <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/themen/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Arzneimittel.html>) pour la maladie concernée. La liste des spécialités comprend des médicaments relevant de la médecine classique, de la médecine complémentaire ainsi que les génériques.

Certains médicaments et thérapies exigent une garantie de prise en charge préalable par le médecin. Pour obtenir une garantie de prise en charge de la caisse d'assurance maladie, l'efficacité, la pertinence et la rentabilité de la thérapie sont vérifiées.

Traitement avec séjour à l'hôpital

Les assurés peuvent choisir l'hôpital de leur choix en cas de traitement impliquant un séjour hospitalier. Le canton et l'assureur-maladie prennent en charge la rémunération du traitement hospitalier. L'assuré participe aux frais du traitement. En cas de traitement hospitalier stationnaire, la participation aux coûts comprend la franchise choisie par l'assuré, la quote-part et une contribution par jour aux frais de séjour hospitalier.

Les coûts supplémentaires liés à un séjour hospitalier ou à un traitement dans un service semi-privé ou privé sont à la charge du patient ou sont couverts par une éventuelle assurance complémentaire.

Soins à domicile ou dans des établissements médicaux-sociaux

Si, suite à une opération ou en raison d'une maladie, vous avez besoin de soins à domicile ou dans un établissement médical-social, l'assurance obligatoire rembourse une contribution pour les soins prescrits par votre

médecin, découlant d'un besoin avéré en soins (changement des pansements, piqûres, contrôle des signes vitaux comme le pouls ou la tension artérielle, rinçage et nettoyage des plaies, conseils lors de la prise de médicaments et de l'utilisation d'appareils médicaux, soins pédicures pour les diabétiques). En général, une certaine partie limitée des coûts de soins est à la charge de l'assuré, le reste étant pris en charge par le canton ou la commune. Pour plus d'informations, nous vous invitons à consulter votre commune de domicile, une association d'aide et de soins à domicile, ou un établissement médico-social.

En revanche, l'assurance maladie obligatoire ne couvre pas l'aide ménagère (préparer les repas, faire le ménage et les courses), ni le séjour (restauration et hébergement) dans un établissement médico-social.

Réadaptation

Si un séjour en clinique est nécessaire pour votre réadaptation, la caisse d'assurance maladie clarifie si une recommandation médicale existe. Lors de cette clarification, le rapport médical est déterminant. La nécessité d'un séjour en centre de réadaptation doit être présentée et motivée de manière convaincante. Un séjour en centre de réadaptation ne peut intervenir qu'après l'accord de la caisse maladie, sur la base d'une autorisation expresse du médecin-conseil.

Traitements non médicaux

Les chiropraticiens peuvent décompter leurs prestations sans ordonnance médicale via l'assurance de base de la caisse d'assurance maladie. Sur ordonnance médicale, les professionnels suivants peuvent décompter leurs prestations via l'assurance de base:

- nutritionniste,
- physiothérapeute,
- infirmière,
- ergothérapeute,
- orthophoniste.

Médecine complémentaire

Certains traitements de la médecine complémentaire sont pris en charge par l'assurance maladie obligatoire s'ils sont effectués par un médecin ayant suivi la formation correspondante. Sont notamment pris en charge:

- acupuncture,
- médecine anthroposophique,
- thérapie médicamenteuse de la médecine traditionnelle chinoise (MTC),
- homéopathie classique médicale,
- phytothérapie.

Transport ambulancier et sauvetage

Si, du fait de votre état de santé, vous ne pouvez pas vous rendre à un rendez-vous médical avec les transports publics ou avec un moyen de transport privé, l'assurance de base obligatoire prend en charge la moitié des coûts à hauteur d'un montant maximal annuel de Fr. 500.–.

Si une personne doit être sauvée et transportée vers l'établissement de soins le plus proche alors qu'elle se trouve dans une situation d'urgence mettant sa vie en danger, l'assurance de base obligatoire prend en charge la moitié des coûts à hauteur d'un montant maximal annuel de Fr. 5000.–.

Quelles sont les autres prestations prises en charge par l'assurance de base?

Les analyses de laboratoire ainsi que les objets et moyens (articles de stomie par ex.) utilisés à des fins d'examen ou de traitement des MICI sont pris en charge par l'assurance de base dans la mesure où ces articles figurent dans la liste de l'OFSP (<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/themen/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife.html>).

Incapacité de travail et perte de gain

Licenciement

Protection contre le licenciement en cas de maladie

Toute personne étant dans l'incapacité de travailler, sans faute de sa part, en raison de la maladie ou d'un accident, bénéficie d'une certaine protection contre le licenciement dans la mesure où la personne n'est pas en période d'essai. En cas d'incapacité de travail durable, l'employeur est en droit de prononcer un licenciement après expiration d'un délai de blocage défini. Ce délai de blocage est de:

- 30 jours pour 1^{re} année de service ,
- 90 jours de 2^e à la 5^e année de service,
- 180 jours à partir de la 6^e année de service.

Si l'employeur a résilié le contrat de travail avant que la personne concernée ne se trouve en incapacité de travailler en raison d'une maladie, le préavis de licenciement est prolongé de la durée du délai de blocage.

Maintien du salaire en cas d'incapacité de travail

Si vous vous retrouvez en incapacité de travailler, l'employeur est tenu de maintenir le paiement de votre salaire. La durée du maintien du salaire dépend de l'une des trois échelles définies en Suisse (échelles de Bâle, de Berne et de Zurich). Informations supplémentaires: https://www.seco.admin.ch/seco/fr/home/Arbeit/Personenfreizugigkeit_Arbeitsbeziehungen/Arbeitsrecht/FAQ_zum_privaten_Arbeitsrecht/verhinderung-des-arbeitnehmers-an-der-arbeitsleistung.html. Bien souvent, d'autres délais sont fixés dans le contrat individuel de travail ou dans la convention collective. Autre cas de figure: il existe une assurance d'indemnités journalières en cas de maladie qui garantit le maintien des prestations.

Assurance d'indemnités journalières en cas de maladie

Si votre employeur dispose d'une assurance d'indemnités journalières en cas de maladie, cette dernière garantit les prestations définies par la loi dans le cadre du maintien du salaire. En général, les prestations de l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie sont même versées pendant une période plus longue. Les conditions générales d'assurance ne sont pas les mêmes selon que l'assurance d'indemnités journalières est soumise à la législation sur l'assurance sociale ou aux dispositions sur les assurances privées. Ainsi, les dispositions légales de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) ou de la loi sur le contrat d'assurance (LCA) s'appliquent. Certains points, comme la durée du droit à l'indemnité journalière, peuvent varier d'une assurance à l'autre et sont définis dans le contrat d'assurance.

Assurance collective et assurance individuelle

Les assurances collectives d'indemnités journalières en cas de maladie contractées pour toutes les personnes employées dans l'entreprise sont répandues. Si vous êtes travailleur indépendant, il est conseillé de souscrire une assurance individuelle d'indemnités journalières. Pour toutes les assurances d'indemnités journalières, des réserves (exclusions de prestations) sont autorisées pour des maladies qui sont survenues une fois et qui peuvent réapparaître. Dans ce cas, le maintien du salaire est limité au minimum fixé par la loi. Voici un aperçu des assurances collectives et individuelles:

Assurance collective	Assurance d'indemnités journalières selon la LAMal	Assurance d'indemnités journalières selon la LCA
Affiliation	Facultatif, Par l'employeur	Facultatif, Par l'employeur
Réserves	Possible	Possible
Primes	Selon le contrat collectif	Selon le contrat collectif
Montant de l'indemnité journalière	Au moins 80 % du salaire	Peut être fixée librement: selon le contrat collectif
Durée de la prestation	720 jours sur une période de 900 jours consécutifs ou jusqu'à la résiliation de la relation de travail	Durée à fixer librement, selon le contrat collectif

Assurance individuelle	Assurance d'indemnités journalières selon la LAMal	Assurance d'indemnités journalières selon la LCA
Affiliation	Droit à l'affiliation, déclaration de santé possible	Selon le résultat de la déclaration de santé, la souscription d'une assurance peut être refusée
Réserves	L'assurance peut exclure, par une réserve de cinq ans, les maladies préexistantes	L'assurance peut exclure, par une réserve illimitée dans le temps, les maladies préexistantes
Primes	Échelonnement selon l'âge d'entrée	Echelonnement selon le risque (âge, sexe)
Montant de l'indemnité journalière	Montant convenu en francs, selon la police d'assurance	Montant convenu en francs, selon la police d'assurance
Durée de la prestation	720 jours sur une période de 900 jours consécutifs	Durée à fixer librement, selon la police d'assurance

Lacunes de cotisations AVS et allocations familiales

Aucune cotisation AVS/AI n'est prélevée sur les indemnités journalières accident et maladie.

Si vous ne versez aucune cotisation AVS/AI pendant toute une année civile, des lacunes de cotisations peuvent survenir, ce qui peut entraîner une rente plus faible lors de la vieillesse ou en cas d'invalidité. Dans ce cas, renseignez-vous auprès de votre branche régionale AVS/AI pour connaître les mesures à prendre pour éviter les lacunes de cotisations.

Toute personne se retrouvant dans une incapacité totale de travailler en raison de sa maladie perçoit les allocations familiales pendant le mois en cours et les trois mois suivants. Ensuite, seules les personnes qui perçoivent le salaire soumis à l'AVS, c'est-à-dire pas d'indemnités journalières pour maladie, ont encore droit aux allocations.

Prestations de l'assurance invalidité (AI) en cas d'incapacité de travail

Si, en raison d'une maladie, une personne se retrouve durablement dans l'incapacité de travailler, elle peut s'inscrire à l'assurance invalidité. L'objectif de l'AI est d'empêcher, de diminuer ou de supprimer l'invalidité par des mesures de réadaptation, afin d'atténuer les conséquences économiques de l'invalidité.

Inscription précoce à l'AI

Si un employé a été absent, en raison de sa maladie, pendant 30 jours consécutifs ou s'il a eu des absences de courte durée et répétées pendant une année, il peut faire l'objet d'une inscription précoce à l'AI. L'inscription précoce à l'AI vise à détecter le plus tôt possible un risque d'invalidité et à prendre les mesures appropriées.

Si vous avez présenté un taux d'invalidité d'au moins 40 % pendant 6 mois, vous devez vous inscrire à l'AI afin d'éviter une lacune de prestations au cas où vous percevriez ultérieurement une rente.

Les personnes/organismes suivantes sont en droit de déclarer quelqu'un à l'AI pour son inscription précoce:

- la personne concernée elle-même,
- l'employeur,
- les médecins traitants,
- des membres de la famille vivant dans le même foyer,
- les médecins traitants et chiropraticiens,
- l'assurance d'indemnités journalières,
- l'assurance accidents,
- les organismes de prévoyance professionnelle,
- l'assurance chômage,
- les organismes d'aide sociale,
- l'assurance militaire,
- les compagnies d'assurance privées.

La personne concernée doit toujours être informée au préalable de son inscription à l'AI.

En cas d'inscription précoce, l'AI étudie les mesures qui pourront favoriser la réinsertion professionnelle de la personne faisant l'objet de l'inscription.

Dans le même temps, elle examine s'il est judicieux de déposer une demande de prestations de l'AI. Cette inscription ne peut être effectuée que par la personne concernée ou, le cas échéant, par son représentant légal.

Mesures de réinsertion professionnelle

L'AI peut, après l'inscription proprement dite d'une personne, mettre en place des mesures de réinsertion professionnelle. Ces mesures ont pour objectif de permettre à la personne concernée de conserver son emploi ou d'être formée à un autre emploi dans la même entreprise ou ailleurs. Le droit à des mesures de réinsertion professionnelle est étudié au cas par cas. Sur la base de la situation initiale de la personne, on détermine si une orientation professionnelle, une formation professionnelle initiale, une reconversion professionnelle, un service de placement, un placement à l'essai ou une allocation d'initiation au travail sont nécessaires pour permettre la réinsertion professionnelle.

Versement des indemnités journalières

L'AI verse des indemnités journalières pendant la durée de certaines mesures de réinsertion. Vous pouvez obtenir de plus amples informations auprès de la branche régionale AI de votre canton de résidence.

Remise de moyens auxiliaires

L'assurance-invalidité prend à sa charge les coûts des aménagements rendus nécessaires par le handicap sur le lieu de travail. Elle prend également en charge les coûts des moyens auxiliaires à domicile qui sont nécessaires pour que la personne puisse surmonter son quotidien avec un maximum d'indépendance et d'autonomie. Sont notamment pris en charge:

- prothèses,
- appareils auditifs,
- fauteuils roulants,
- véhicules motorisés.

Informations complémentaires:

<https://www.ahv-iv.ch/fr/Assurances-sociales/Assurance-invalidité-AI>

► Vous aussi pouvez soutenir l'ASMCC!

Différentes possibilités s'offrent à vous pour vous engager aux côtés de l'ASMCC. Avec votre soutien financier, nous pouvons apporter une information de meilleure qualité et toucher un public plus large, nous pouvons contribuer à la recherche et organiser de nombreuses autres manifestations.

En Suisse, entre 12 000 et 16 000 personnes sont atteintes d'une MICI. Malheureusement, la tendance est à la hausse. Les causes de ces maladies restent inexplicables à ce jour et malgré le développement de nouvelles thérapies, elles restent incurables.

Vos dons contribuent à faire avancer la recherche, pas seulement dans le domaine médical, mais aussi pour traiter les problèmes sociaux en lien avec la maladie.

Vous pouvez soutenir notre action de différentes manières:

Un jour spécial?

Un mariage? Une naissance? Ou une autre journée spéciale? Vous ne manquez de rien? Faites une collecte et virez le montant collecté sur notre compte postal PC 50-394-6.

Publiez une annonce dans le magazine d'information de l'ASMCC

Insérez une annonce dans notre magazine d'information qui est publié chaque année à 3000 exemplaires. Nos tarifs publicitaires sont très intéressants. Nous vous les communiquons volontiers sur demande.

À noter:

vous pouvez déduire votre don de vos impôts!

Lien vers notre site Internet

Vous pouvez également insérer un lien sur notre site Internet (tarifs actuels sur demande).

Devenir membre

Devenez membre de notre association et apportez-nous un soutien durable

**NOUS DISONS
MERC!**

Invalidité

Comment définit-on l'invalidité?

Dans l'assurance-invalidité, on entend par invalidité une incapacité durable de gagner sa vie, causée par une atteinte à la santé physique, intellectuelle ou psychique. Pour les personnes qui, sans qu'il y ait atteinte à leur santé, n'exercent pas d'activité lucrative (p. ex. les ménagères), le terme recouvre l'incapacité de poursuivre l'activité habituelle.

Rente invalidité aux termes de la LAI

Un droit à la rente naît:

- si des mesures de réinsertion n'ont pas, ou seulement en partie, atteint leur but, ou si des mesures de réinsertion semblent d'emblée vouées à l'échec;
- si la maladie a eu pour conséquence une incapacité de travail de 40 % au moins sans interruption notable pendant une année, et au terme de cette année, un taux d'invalidité d'au moins 40 % existe.

Après l'inscription à l'AI pour obtenir des prestations, l'AI détermine le taux d'invalidité au moyen d'une comparaison de revenus. Il s'agit de comparer le salaire perçu avant l'incapacité de travail et le revenu qu'il est possible d'obtenir avec le handicap.

Rente d'invalidité de la caisse de pension (LPP)

L'assurance de la prévoyance professionnelle octroie pour raison d'âge, en cas d'invalidité, ou après le décès d'un assuré, une rente de la caisse de pension/invalidité/survivant, qui s'ajoute aux rentes AVS/AI. Alors que les rentes de l'AVS et de l'AI visent à garantir un minimum vital, la rente de la caisse de pension permet aux personnes concernées (et touchées par l'âge, l'invalidité, le décès) de maintenir leur niveau de vie habituel.

Ont droit à une rente d'invalidité de la caisse de pension les personnes assurées LPP devenues incapables de travailler. La condition est que l'incapacité de travail soit durable et conduise à terme à l'invalidité. La prévoyance professionnelle prévoit les mêmes échelles de rentes que l'assurance-invalidité. En cas d'invalidité, la caisse de pension prévoit aussi un droit à une rente pour enfant. Celle-ci se monte, pour chaque enfant à charge, à 20 % de la rente d'invalidité.

Nécessité de soins et dépendance

Nécessité de soins

Soins en milieu hospitalier

Lors d'un séjour dans un hôpital public, tous les coûts sont en principe pris en charge par l'assurance de base. Le patient ou la patiente ne participe aux coûts que dans le cadre de la franchise annuelle, de la quote-part et des frais de repas.

Soins à domicile

Comme indiqué en page 9, l'assurance de base prend en charge les coûts découlant des mesures de soins à domicile suivantes, prescrites par un médecin et effectuées par un personnel infirmier et des organisations de soins à domicile homologués:

- explication et conseil concernant les soins,
- Mesures d'examens et de soins (prise du pouls, mesure de la tension, de la température, etc.),
- Soins de base (comme refaire le lit du patient, l'installer, lui faire faire des exercices, hygiène buccale et corporelle, aide pour s'habiller, se déshabiller, manger et boire).

L'aide ménagère ne fait pas partie des prestations obligatoires de l'assurance de base.

Impotence

Si une personne est tributaire de l'aide de tiers pour les gestes du quotidien, elle peut demander une allocation pour impotent à l'AVS ou à l'AI. La personne peut prétendre à une prestation seulement si l'impotence a duré une année sans interruption.

Informations supplémentaires sur l'allocation pour impotent:

<https://www.ahv-iv.ch/fr/Assurances-sociales/Assurance-invalidité-AI/Allocation-pour-impotent>

Devenez membre dès à présent

et soutenez durablement l'ASMCC!

Formulaire d'inscription

- Je souffre de la maladie de Crohn et souhaite adhérer à l'ASMCC (cotisation annuelle: Fr. 40.–)
- Je souffre de la colite ulcéreuse et souhaite adhérer à l'ASMCC (cotisation annuelle: Fr. 40.–)
- Je souhaite soutenir l'ASMCC (cotisation annuelle Fr. 40.–)
- Je préserve l'environnement et souhaite recevoir tous les documents uniquement par e-mail.

Découpez le coupon-réponse et envoyez-le à l'ASMCC, 5000 Aarau ou par e-mail à welcome@smccv.ch. Vous pouvez également adhérer en vous connectant sur notre site Internet: www.smccv.ch

Nom/prénom

Adresse

NPA/lieu

Profession

Date de naissance

Téléphone personnel

E-mail

Lieu/date



Si vous ne pouvez plus décider vous-même

Toute personne qui, suite à une maladie grave et soudaine ou en raison de la vieillesse, ne peut plus pourvoir à ses propres besoins et ne peut plus décider elle-même, devient alors tributaire de l'aide de tiers. Pour faire face à de telles situations, vous pouvez définir vos souhaits et vos mesures préventives dans les directives anticipées et dans le mandat pour cause d'inaptitude.

Directives anticipées

Dans les directives anticipées, vous définissez comment vous souhaitez être soigné, vous précisez ce qui vous tient à cœur et vous indiquez les mesures médicales que vous refusez catégoriquement.

Avec le nouveau droit de la protection de l'adulte, qui est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2013, les directives anticipées des patients revêtent un caractère légal obligatoire pour les proches et les médecins. Les directives anticipées ont donc une importance si vous n'êtes plus en mesure de prendre vous-même des décisions et d'exprimer votre volonté. Ces directives soulagent les proches et les médecins traitants lorsque des décisions difficiles doivent être prises.

Les directives anticipées doivent être rédigées par écrit et doivent être datées et signées. Contrairement au mandat pour cause d'inaptitude, les directives anticipées ne doivent pas nécessairement être rédigées de la main de la personne concernée. Des modèles pré-imprimés peuvent être utilisés.

Mandat pour cause d'inaptitude

En constituant un mandat pour cause d'inaptitude, toute personne capable de discernement peut charger une personne de confiance d'agir à sa place dès qu'elle devient incapable de discernement et donc incapable de prendre des décisions. Les personnes âgées peuvent ainsi exprimer à temps leurs volontés et mandater et autoriser une personne proche ou un ser-

vice spécialisé qui se chargera de régler leurs affaires personnelles en cas d'incapacité de discernement. Avec un mandat pour cause d'incapacité dûment valide, les mesures engagées par les autorités de protection de l'enfant et de l'adulte (APEA) peuvent bien souvent éviter des frais et des charges supplémentaires.

Ces autorités déterminent les domaines de la vie qui doivent être réglementés dans le mandat pour cause d'incapacité. Exemples de domaines réglementés:

- gestion des revenus et du patrimoine, gestion des flux de paiement,
- représentation dans des affaires légales, souscription ou résiliation de contrats,
- traitement médical et soins, aide au quotidien.

Deux possibilités s'offrent à vous pour rédiger un mandat pour cause d'incapacité dûment valide:

- vous rédigez à la main l'intégralité du mandat pour cause d'incapacité, le datez et le signez;
- le document est rédigé sous une autre forme écrite (par ex. électronique) et son authenticité doit être constatée par un notaire.

Vous pouvez à tout moment modifier ou révoquer un mandat pour cause d'incapacité. Selon le canton, le mandat pour cause d'incapacité peut être archivé auprès des autorités de protection de l'enfant et de l'adulte (APEA); sa création et son lieu d'archivage peuvent être enregistrés dans une base de données centralisée auprès du bureau d'état civil. Ces deux possibilités sont payantes.



ASMCC
ASSOCIATION SUISSE DE LA MALADIE
DE CROHN ET COLITE ULCÉREUSE
CH-5000 AARAU
WWW.SMCCV.CH

Compte postal: 50-394-6
Tél/fax: 041 670 04 87
welcome@smccv.ch

Avec l'aimable soutien de:

abbvie



janssen 



MEDI  SERVICE
Ihre Spezialapotheke



 Inspired by patients.
Driven by science.

 Vifor Pharma