

Prétentions financières en cas de démence

En plus de la charge personnelle qu'elle implique, une démence entraîne aussi des frais. Les examens de dépistage, les traitements médicaux et surtout les soins et l'accompagnement peuvent être très coûteux. Les caisses-maladie et autres assurances sociales ne couvrent qu'une partie des frais. Il faut donc couvrir les frais résiduels par d'autres moyens. Cette fiche d'information récapitule les prestations financières auxquelles on peut prétendre.

Toute personne peut se retrouver, suite à une situation malheureuse, dans des conditions financières difficiles: un grave accident qui ne permet plus de travailler ou une maladie chronique entraînant de lourds frais de traitement et de soins. Pour nous protéger des conséquences d'une telle situation, la Suisse dispose d'assurances sociales et d'autres prestations de soutien. Chacun peut y faire appel s'il remplit certaines conditions. Toutes ces prestations sont une contribution aux dépenses ou aux pertes financières découlant de la maladie et il ne faut pas les confondre avec des prestations d'assistance ou d'aide sociale.

Lorsqu'on souhaite prétendre à un soutien financier en raison d'une démence, il faut d'abord connaître les prestations existantes. En fonction de la situation, diverses assurances et autres organismes peuvent entrer en ligne de compte. Certains coûts sont remboursés et d'autres non. Pour obtenir l'aide qui nous revient, il faut investir du temps et de l'énergie.

Qui paie donc quoi? Cette fiche d'information fournit un aperçu des facteurs de coûts liés à une démence en précisant qui couvre quels frais et dans quelle mesure. L'encart présente une vue d'ensemble des principaux organes de notre sécurité sociale. Toutefois, il ne s'agit là que d'informations générales. Adressez-vous dans tous les cas à un-e spécia-

liste pour discuter de votre situation particulière. Vous trouverez des précisions à ce sujet en dernière page de cette fiche d'information.

Dépistage chez le généraliste ou dans une Consultation mémoire

L'assurance-maladie obligatoire couvre en principe tous les frais. Sont également remboursés les examens d'imagerie comme l'imagerie par résonance magnétique (IRM) ou la tomoscintigraphie par émission monophotonique (TEMP). La tomographie par émission de positrons (TEP ou PET) est, elle, remboursée dans des conditions bien précises.

Autres prestations médicales et médicaments

Les caisses-maladie (assurance de base) remboursent les examens et traitements médicaux, à condition qu'ils soient – selon les termes de la loi – efficaces, adéquats et économiques. Sont également pris en charge les frais de médicaments prescrits par le médecin et figurant dans la « liste des spécialités ». C'est le cas de tous les médicaments Alzheimer courants si certaines conditions sont remplies (par ex. résultats du test Mini Mental State Examination (MMSE) dans les valeurs limites déterminées).

Lorsqu'un médecin prescrit un médicament non remboursé, il doit en informer au préalable le patient.

Traitements sur prescription médicale

La physiothérapie, l'ergothérapie et la logopédie sont prises en charge par l'assurance de base si elles sont réalisées par des thérapeutes diplômés sur prescription du médecin.

Si vous avez une assurance complémentaire, renseignez-vous sur les autres thérapies qu'elle pourrait prendre en charge (entraînement cognitif ou musicothérapie, par ex.).

Soins à domicile [Spitex ou autres]

L'assurance de base couvre les coûts des examens, traitements et soins de base (par ex. l'aide pour les soins corporels) fournis par des organismes d'aide et de soins à domicile (Spitex) ou du personnel infirmier agréé. La participation du patient aux frais (hors quote-part et franchise) dépend de la réglementation cantonale et peut aller de 0 à 15,95 francs au maximum par jour. La caisse-maladie ne rembourse les frais qu'à condition que les prestations d'aide et de soins à domicile semblent efficaces, adéquates et économiques. Il peut donc arriver qu'elles ne soient pas intégralement prises en charge si elles coûtent sensiblement plus cher que des soins en EMS.

L'aide au ménage ne relève pas de l'assurance-maladie obligatoire, mais certaines assurances complémentaires peuvent la couvrir.

Autres frais pour soins et soutien à domicile

L'assurance-maladie ne couvre pas tous les frais. Mais d'autres assurances prennent partiellement en charge ces prestations :

– Allocation pour impotent: elle couvre une partie des frais occasionnés par ce que l'on appelle une impotence. Est considérée comme impotente toute personne qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a besoin, pour accomplir les actes ordinaires de la vie quotidienne, de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle. Si les conditions d'une allocation pour impotent sont remplies, la personne concernée touche un montant fixé en fonction du degré d'impotence. Pour les personnes vivant à domicile et n'ayant pas atteint l'âge de la retraite,

on peut, dans le cadre de l'allocation pour impotent, viser une contribution d'assistance de l'assurance-invalidité (AI) qui permettra d'engager un-e assistant-e personnel-le.

– Prestations complémentaires (PC): les bénéficiaires de prestations complémentaires de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) ou de l'assurance-invalidité (AI) ont droit en plus au remboursement des frais de maladie et d'invalidité. Font également partie des prestations à prendre en compte les frais d'aide, de soins et d'assistance à domicile ou dans des structures d'accueil de jour. Il faut cependant que ces frais ne soient pas déjà couverts par une autre assurance. Les frais de maladie et d'invalidité pouvant être remboursés sont par ailleurs plafonnés.

Soins et aide par des membres de la famille

– Contributions aux soins: quelques cantons (ou communes) versent aux proches soignants des contributions dans des conditions précises. L'administration communale ou la Direction cantonale de la santé publique peuvent vous renseigner à cet égard.

– Prestations complémentaires: tout bénéficiaire de prestations complémentaires, peut, dans le cadre du remboursement des frais de maladie et d'invalidité (voir ci-dessus) et si la réglementation cantonale le permet, demander aussi une indemnité pour les proches soignants, à condition qu'ils subissent une importante baisse de leurs revenus sur une longue période, ne soient pas comptabilisés dans le calcul des prestations complémentaires et ne perçoivent aucune rente AVS.

– Bonifications AVS pour tâches d'assistance: une personne n'ayant pas encore droit à l'AVS qui s'occupe dans le même ménage (ou un ménage proche) d'un proche malade (dont le degré d'impotence est au moins modéré) peut se faire créditer des bonifications pour tâches d'assistance sur

son compte AVS. Pour le calcul de la rente de vieillesse, l'éventuel revenu professionnel est ainsi complété d'une somme pour chaque année qui donne lieu à une bonification. Cela nécessite le dépôt annuel d'une demande auprès de la caisse cantonale de compensation.

Moyens auxiliaires et adaptations du logement

- AI/AVS: avant l'âge AVS, ce sont les règles de l'assurance-invalidité (AI) qui s'appliquent. L'AI prend en charge par ex. les chaises roulantes, les lits électriques, mais aussi les adaptations du logement [voir liste des moyens auxiliaires de l'AI]. Ce droit subsiste même lorsqu'on atteint l'âge AVS. Si le besoin de moyens auxiliaires apparaît à l'âge AVS, c'est la liste des moyens auxiliaires de l'AVS, plus restreinte, qui s'applique. L'AVS prend en charge par ex. une partie des coûts liés à des appareils auditifs et des chaises roulantes mécaniques.
- Prestations complémentaires: les bénéficiaires d'une prestation complémentaire annuelle ont droit au remboursement des moyens auxiliaires pour les soins à domicile [par ex. pour des installations sanitaires ou des lits électriques]. Les détails sont réglés par les cantons.
- Assurance-maladie obligatoire: elle prend également en charge quelques moyens auxiliaires. Si le médecin diagnostique une incontinence modérée, sévère ou totale, les coûts des protections urinaires sont remboursés sur prescription médicale jusqu'à un certain plafond. Pensez à vérifier les prestations fournies par d'éventuelles assurances complémentaires.

Séjours dans des centres d'accueil de jour

L'assurance-maladie obligatoire prend en charge une partie des frais de soins, mais pas les frais d'assistance ou autres. Les bénéficiaires de prestations complémentaires peuvent demander un remboursement de leurs frais.

Il est conseillé de s'informer auprès de la caisse-maladie et de l'administration cantonale compétente.

Services de répit à domicile

Les offres de répit pour proches, telles que celles proposées par des sections d'Alzheimer Suisse, ne sont prises en charge par aucune assurance. Elles doivent donc être financées par des fonds propres, à savoir par des revenus provenant de rentes, d'une allocation pour impotent, etc.

Frais de voyage et de transport

- L'assurance-maladie obligatoire prend en charge jusqu'à 50 pourcent des coûts de transport nécessaires pour raisons médicales (max. 500 francs par année civile). Si vous disposez d'une assurance complémentaire, elle peut prévoir des prestations supplémentaires.
- Les CFF proposent une carte de légitimation pour voyageurs souffrant d'un handicap, destinée aux personnes ne pouvant voyager seules pour raisons de santé. Elle permet à l'accompagnant (dans certains cas, à la personne malade) de voyager gratuitement.

Traitement et soins aigus à l'hôpital

Lorsqu'un traitement dans un hôpital de soins aigus (y compris en clinique psychiatrique) est nécessaire, l'assurance-maladie obligatoire couvre les frais de traitement et de séjour en division commune. Outre la franchise et la quote-part, un certain montant reste à la charge du patient, en compensation des économies qu'il réalise en étant nourri à l'hôpital. Les critères d'efficacité, d'adéquation et d'économie des prestations s'appliquent aussi pendant un séjour dans un établissement hospitalier. Des problèmes peuvent donc surgir lorsqu'une personne n'a plus besoin de traitement ou de soins à l'hôpital de soins aigus selon les critères médicaux, mais y reste faute d'une place appropriée dans un EMS. Souvent, les frais de séjour ne sont alors pas intégralement pris en charge.

Court séjour en EMS

Pour un court séjour dans un EMS reconnu, les caisses-maladie accordent généralement des contributions en fonction du degré de dépendance du patient. Dans certaines conditions, les bénéficiaires de prestations complémentaires reçoivent également une participation aux coûts.

Renseignez-vous dans tous les cas auprès de votre caisse-maladie et de l'association des EMS de votre canton.

Séjour de longue durée en EMS

– Assurance-maladie obligatoire: elle ne rembourse, en cas de séjour dans un EMS (contrairement à un séjour dans un hôpital de soins aigus), qu'une partie des frais de soins en fonction de la dépendance du patient. Le reste doit être payé par le résident lui-même (le montant maximal fixé actuellement est de 21,60 francs par jour), ou être financé par les pouvoirs publics (canton ou commune). Les frais socio-hôtelières (hébergement, repas) et d'assistance ne relèvent pas des caisses-maladie. Cela implique que nombre de personnes atteintes de démence sont contraintes de payer elles-mêmes leurs frais d'assistance, qui sont pourtant dus à leur maladie.

– Il s'agit donc de financer par des fonds propres la part des coûts du séjour en EMS qui n'est pas prise en charge par la caisse-maladie: par ex. par les rentes AVS/AI, l'allocation pour impotent, des prestations provenant de la prévoyance professionnelle, d'éventuelles assurances complémentaires et enfin par la fortune. Si les moyens financiers disponibles ne suffisent pas, il est possible de demander, en plus des rentes AVS/AI, des prestations complémentaires (PC) et, éventuellement, des subsides cantonaux ou communaux aux frais de soins.

Pour plus d'informations:

Pro Senectute: pour toute question portant sur l'AVS/AI, les prestations complémentaires et l'allocation pour impotent (adresses sous prosenectute.ch)

Pro Infirmis (pour les personnes concernées n'ayant pas atteint l'âge de la retraite) sous proinfirmis.ch

Procap (pour les personnes avec un handicap) sous procap.ch

Office de médiation de l'assurance-maladie: lors de problèmes en relation avec l'assurance-maladie obligatoire ou des assurances complémentaires.

Morgartenstrasse 9, 6003 Lucerne,
tél. 041 226 10 11 (le matin). om-kv.ch

Office fédéral des assurances sociales (OFAS): notamment mémentos sur le site Internet, voir sous ahv-iv.ch et bsv.admin.ch

Vous avez besoin d'un conseil personnalisé et adapté à votre situation individuelle ?

Les conseillères spécialisées du Téléphone Alzheimer répondent à toutes vos questions touchant à la démence.

Téléphone Alzheimer : 058 058 80 00
lundi à vendredi : 8–12 h et 13.30–17 h

Les 21 sections cantonales d'Alzheimer Suisse sont là pour vous dans votre région. Pour nous contacter : alz.ch.

Impressum

Éditrice:

Alzheimer Suisse

Rédaction:

Marianne Wolfensberger, lic. iur.

Prétentions financières en cas de démence : qui paie pour quoi ?

Prestations	Sources de financement					
	Assurance-maladie obligatoire	Assurance-invalidité (AI)	Assurance vieillesse et survivants (AVS)	Allocation pour impotent de l'AVS ou de l'AI	Prestations complémentaires (PC) à l'AVS ou à l'AI	Cantons et communes
Prestations en cas d'incapacité de travail avant l'âge de la retraite		Mesures d'intervention précoce, rente AI			Droit aux PC lorsque les dépenses reconnues dépassent les recettes	
Prestations médicales (médecine de premier recours) à domicile	Prise en charge des frais de diagnostic, examens, traitements, médicaments (LAMaI, OPAS, liste des spécialités)				Frais de maladie et d'invalidité: prise en charge des frais non couverts (limites maximales)	Ev. réduction des primes
Thérapies non médicamenteuses	Prise en charge des frais de certaines thérapies (physiothérapie, ergothérapie, logopédie, etc. selon LAMaI, OPAS)	[Revenu acquis sous forme de rente év. nécessaire pour couvrir des lacunes de financement]	[Revenu acquis sous forme de rente év. nécessaire pour couvrir des lacunes de financement]	[Ev. pour couvrir des lacunes de financement]	Frais de maladie et d'invalidité: prise en charge des frais non couverts (limites maximales)	
Aide et soins à domicile (par Spitex ou autre prestataire reconnu)	Prise en charge d'une part des frais de soins selon financement des soins (LAMaI, OPAS)	[Revenu acquis sous forme de rente év. nécessaire pour couvrir des lacunes de financement]	[Revenu acquis sous forme de rente év. nécessaire pour couvrir des lacunes de financement]	[Ev. pour couvrir des lacunes de financement]	Frais de maladie et d'invalidité: prise en charge des frais non couverts pour l'aide, les soins et l'accompagnement à domicile	[Financement résiduel des frais de soins selon financement des soins]
Répit et accompagnement à domicile par des tiers	Aucune prestation de l'assurance-maladie obligatoire (év. prestation d'une assurance complémentaire)	Revenu acquis sous forme de rente pour couvrir des lacunes de financement	Revenu acquis sous forme de rente pour couvrir des lacunes de financement	Montant de l'allocation varie selon le degré de l'impotence. Uniquement AI: contribution d'assistance pour engager un-e assistant-e régulier/ère	Frais de maladie et d'invalidité: prise en charge des frais non couverts pour l'aide, les soins et l'accompagnement à domicile	Ev. financement additionnel
Soins et aide par des proches	Aucune prestation de l'assurance-maladie obligatoire (exception: proches employé-es par Spitex)		Bonifications pour tâches d'assistance de l'AVS pour proches aidants	Ev. utilisation de l'allocation pour impotent AVS, AI. Contribution d'assistance exclue en cas d'assistance par des proches	Frais de maladie et d'invalidité: év. prise en charge d'une indemnité versée aux proches aidants	Quelques cantons ou communes paient des contributions aux coûts des soins aux proches
Moyens auxiliaires, adaptations du logement	Prise en charge des frais de certains moyens auxiliaires selon LiMA	Financement selon liste des moyens auxiliaires de l'AI	Financement selon liste des moyens auxiliaires de l'AVS	Ev. utilisation de l'allocation pour impotent AVS, AI	Frais de maladie et d'invalidité: remboursement des frais de moyens auxiliaires	
Séjour dans des centres d'accueil de jour	Prise en charge d'une part des frais de soins selon financement des soins (LAMaI, OPAS)	[Revenu acquis sous forme de rente év. nécessaire pour couvrir des lacunes de financement]	[Revenu acquis sous forme de rente év. nécessaire pour couvrir des lacunes de financement]	[Ev. pour couvrir des lacunes de financement]	Frais de maladie et d'invalidité: prise en charge de frais non couverts pour le séjour dans des centres d'accueil de jour	Ev. financement additionnel
Soins de longue durée dans un établissement médico-social	Prise en charge d'une part des frais de soins selon financement des soins (LAMaI, OPAS) Accompagnement, hôtellerie: aucune prise en charge	Revenu acquis sous forme de rente pour couvrir des lacunes de financement	Revenu acquis sous forme de rente pour couvrir des lacunes de financement	Utilisation de l'allocation pour impotent (mais prestations limitées en cas de séjour en EMS)	Droit aux PC si les dépenses reconnues dépassent les revenus	Ev. financement additionnel

Glossaire relatif à la fiche «Prétentions financières en cas de démence»

Allocation pour impotent de l'AVS ou de l'AI	Elle finance l'aide de tiers dans les actes de la vie quotidienne. Le montant de l'allocation varie en fonction du degré d'impotence (tout en étant indépendant du revenu et de la fortune).
Assurance-invalidité (AI)	Elle finance des mesures ou des prestations financières en faveur de personnes qui ne peuvent (plus) poursuivre une activité rémunérée en raison d'une incapacité.
Assurance-maladie obligatoire [assurance de base] terme officiel: assurance obligatoire des soins (AOS)	Elle prend en charge les coûts des examens, traitements, médicaments et de certaines thérapies et participe aux frais de soins ainsi qu'aux frais de certains moyens auxiliaires.
Assurance-vieillesse et survivants (AVS)	La rente versée par cette assurance obligatoire vise à couvrir les besoins vitaux pour raisons d'âge ou de décès.
Bonifications pour tâches d'assistance	Elles permettent à des proches soignants d'inscrire un revenu sur leur propre compte AVS pour chaque année où ils ont assisté un parent.
Financement des soins	Il règle la répartition des coûts des soins entre l'assurance-maladie obligatoire, le/la patient-e et le canton (la commune).
Liste des moyens et appareils (LiMA)	Cette liste établie par l'Office fédéral de la santé publique recense les moyens auxiliaires pris en charge par l'assurance obligatoire des soins (AOS).
Liste des spécialités	Elle recense les médicaments pris en charge par l'assurance maladie obligatoire.
Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)	Elle pose les bases légales de l'assurance-maladie obligatoire.
Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS)	Elle contient des dispositions relatives aux prestations prises en charge par l'assurance-maladie obligatoire.
Prestations complémentaires (PC) à l'AVS ou à l'AI	Il s'agit d'une prestation financière complémentaire pour des situations dans lesquelles les rentes et le reste du revenu (y compris la part de fortune prise en compte) ne couvrent pas les besoins vitaux. En outre, il est possible de demander le remboursement des frais de maladie et d'invalidité non couverts.