



Direction des finances
Office du personnel

Münstergasse 45
3011 Berne
+41 31 633 43 36
info.pa@be.ch
www.be.ch/personnel

Mémento du 1^{er} janvier 2022

Version du 2 octobre 2023

Informations relatives à l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie dont bénéficie le personnel du canton de Berne jusqu'au 31.12.2023

1. Bases contractuelles générales

Les conditions générales d'assurance (CGA), les conditions particulières stipulées dans le contrat et les éventuels avenants constituent les bases contractuelles qui régissent les rapports entre le canton de Berne et la compagnie d'assurances.

2. Objet de l'assurance

Lorsqu'une personne employée tombe malade, l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie verse à l'employeur une indemnité journalière à l'issue du délai de carence de 180 jours. Est réputée maladie toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical, ou qui provoque une incapacité de travail. Si les atteintes à la santé ne sont qu'en partie imputables à des maladies assurées, les prestations sont fixées dans une proportion déterminée par une expertise médicale. L'employeur reçoit l'indemnité journalière aussi longtemps qu'il verse un salaire à la personne malade et que le droit à la prestation de l'assurance d'indemnités journalières perdure (exception: droit de créance direct). Le versement du salaire en cas de maladie par l'employeur est réglé à l'article 52 de l'ordonnance sur le personnel (OPers).

3. Personnes assurées

Sont assurés tous les membres du personnel et du corps enseignant qui sont assujettis à la loi sur le personnel du canton de Berne (LPers) ou à la loi sur le statut du corps enseignant (LSE) ainsi que les autres personnes qui entrent dans le champ d'application de l'une de ces deux lois (y compris les personnes engagées à durée déterminée). Les exceptions sont présentées au chiffre 4.

4. Groupes professionnels non assurés

Ne sont pas assurés selon la convention :

- les enseignantes et enseignants remplaçants engagés pour des leçons ponctuelles,
- les conseillères et conseillers spécialisés qui sont engagés ponctuellement,
- les traductrices et traducteurs de la Direction de la sécurité et de la Direction de l'intérieur et de la justice qui travaillent sur appel,
- les juges non professionnels,
- les estimatrices et estimateurs à titre accessoire,
- tous les membres du corps enseignant dont la rémunération repose sur un engagement ne relevant pas de la LSE, qui sont rémunérés en fonction des heures effectuées et qui, par exemple, travaillent dans le cadre d'un mandat de projet (catégorie d'engagement SD),
- toutes les personnes qui reçoivent une indemnisation exceptionnelle ou irrégulière ou qui n'ont pas un engagement cantonal ordinaire.

5. Début de la couverture d'assurance

La couverture d'assurance de la personne assurée commence le jour où le contrat de travail qu'elle a conclu avec le canton de Berne prend effet, au plus tôt cependant à la date de début de contrat mentionnée dans le contrat. L'admission dans l'assurance s'effectue sans examen de santé. Si la personne concernée est en incapacité de travail totale ou partielle au début de son engagement, la couverture d'assurance débute seulement lorsqu'elle a retrouvé sa capacité de travail complète au degré d'occupation convenu. Les personnes qui ne sont pas aptes à travailler à 100 pour cent ne sont assurées que dans la limite de leur capacité de travail résiduelle.

6. Fin de la couverture d'assurance

La couverture d'assurance prend fin :

- lorsque la personne assurée quitte le service du canton ou l'école obligatoire bernoise ;
- lorsqu'elle prend sa retraite, au plus tard à l'âge de 70 ans révolus ;
- après 24 mois de séjour hors de Suisse - la couverture d'assurance est maintenue sur demande jusqu'à ce que l'assurance-accidents obligatoire prenne fin ;
- lorsque la période de prestations convenue est terminée ;
- lorsque le contrat de travail s'achève*.

* Le contrat conclu entre l'assureur et le canton est résilié au 31.12.2023 (cf. BEinfo : FLASH du 6.7.2023), ce qui met fin à la couverture d'assurance au plus tard le 31.12.2023 – sous réserve du passage à l'assurance individuelle (cf. ch. **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** ci-dessous). Par conséquent, ce mémento concerne uniquement les personnes qui sont entrées au service du canton ou ont intégré le corps enseignant bernois avant le 1.1.2024.

7. Champ d'application de l'assurance

L'assurance est valable dans le monde entier. Elle devient caduque 24 mois après que la personne assurée ait pris domicile à l'étranger (voir aussi ch. 6). Si une personne assurée qui est en incapacité de travail se rend à l'étranger sans le consentement de l'assureur, elle n'a pas droit aux prestations de l'assurance pendant son séjour à l'étranger.

8. Cas où l'assurance ne verse pas de prestations

Aucune prestation d'assurance n'est due pour :

- les maladies professionnelles donnant droit à une indemnité de l'assurance accidents obligatoire (LAA) ;
- les atteintes à la santé dues à des radiations ionisantes, par exemple radioactives ou électromagnétiques (celles qui sont dues à des radiothérapies ordonnées par un médecin à la suite d'une maladie assurée sont toutefois couvertes) ;
- les maladies dues à des faits de guerre (si la personne assurée se fait surprendre par la guerre hors de Suisse, la couverture d'assurance ne s'éteint que 14 jours après la première manifestation de ces faits).

9. Délai pour la déclaration de maladie

Les maladies des personnes qui quittent le service du canton ou le corps enseignant bernois avant le 1.1.2024 doivent être annoncées dans un délai de 35 jours. Par conséquent, il faut impérativement signaler sans délai via UKA tout nouvel arrêt de travail pour cause de maladie qui surviendra d'ici au 31.12.2023.

Si le délai de déclaration est court, c'est parce que, pour que la gestion de la réintégration (« care management ») soit réussie, il est extrêmement important de réagir rapidement lorsqu'on prévoit une incapacité de travail de longue durée. Les chances de réintégrer le poste de travail sont nettement plus élevées lorsque la maladie est annoncée à un stade précoce.

10. Certificat médical

Les services du personnel remettent chaque mois à l'Office du personnel un certificat médical indiquant le degré et la durée de l'incapacité de travail ou la carte d'indemnités journalières actualisée.

11. Droit aux indemnités journalières

Si le médecin constate que la personne assurée présente une incapacité de travail d'au moins 25 pour cent, l'assureur verse l'indemnité journalière après l'expiration du délai de carence contractuel de 180 jours civils. L'indemnité journalière est fonction du degré d'incapacité de travail. L'employeur a droit aux indemnités journalières aussi longtemps qu'il continue à verser le salaire conformément aux dispositions légales (exception : droit de créance direct). Le délai de carence commence à courir dès le premier jour de l'incapacité de travail d'au moins 25 pour cent constatée par un médecin, mais au plus tôt trois jours avant le premier traitement médical. Les jours d'incapacité de travail d'au moins 25 pour cent comptent comme jours entiers pour le calcul du délai de carence. En ce qui concerne la durée des prestations et le délai de carence, une nouvelle manifestation de la maladie (rechute) est considérée comme une nouvelle maladie si, durant une période ininterrompue de 12 mois, elle n'a pas entraîné d'incapacité de travail de la personne assurée.

12. Durée des prestations

L'assureur verse l'indemnité journalière pendant 730 jours au maximum. Il déduit le délai de carence convenu de 180 jours de la durée des prestations, ce qui signifie qu'il paie effectivement au maximum 550 indemnités journalières.

Si une maladie supplémentaire se déclare alors que la personne assurée est déjà malade, l'assureur impute sur la durée des prestations le nombre de jours pendant lesquels l'indemnité journalière est versée pour le premier cas.

Si la personne assurée se trouve en incapacité de travail au moment où elle atteint l'âge de la retraite AVS, son droit aux prestations s'éteint, à moins qu'il ne soit possible de prouver que les rapports de travail se seraient poursuivis au-delà de cette échéance si elle avait été apte au travail. Si les rapports de travail se poursuivent après que la personne a atteint l'âge de la retraite AVS ordinaire, l'assureur verse encore l'indemnité journalière durant 180 jours au plus pour tous les cas d'assurance en cours ou futurs, mais au maximum jusqu'à ce que la personne ait atteint l'âge de 70 ans révolus. En cas de retraite anticipée, l'assureur vérifie si le départ à la retraite est motivé par des raisons de santé. Si tel est le cas, il déduit les prestations de retraite de l'indemnité journalière. Si le départ à la retraite anticipée résulte de motifs économiques et qu'il était donc déjà prévu avant que la maladie se déclare, le versement de l'indemnité journalière s'achève le cas échéant avec le début du versement des prestations de retraite.

13. Calcul des prestations

Le montant des indemnités journalières est calculé à partir du dernier salaire soumis à l'AVS perçu avant l'incapacité de travail due à la maladie, jusqu'à un plafond de CHF 300 000 par an. Si ce salaire ne correspond plus aux circonstances, le montant de l'indemnité journalière est adapté (perte de gain présumée). Le salaire mensuel est converti en gain annuel, puis 80 pour cent de ce salaire annuel sont divisés par 365 jours. Les allocations sociales qui ne font pas partie du salaire soumis à l'AVS ne sont pas couvertes par l'assurance. Les augmentations de salaire éventuellement accordées durant l'incapacité de travail ne sont pas prises en considération.

Si le gain est soumis à de fortes fluctuations, l'indemnité journalière est calculée sur la base du salaire AVS brut touché au cours des 12 mois précédant la maladie (p.ex. personnel rémunéré à l'heure) divisé par 365. Les gains provenant d'une activité au service d'un autre employeur ne sont pas pris en compte.

14. Prestations de tiers

Si la personne assurée reçoit des prestations de tiers (p. ex. indemnité journalière AI ou rente AI) pendant une incapacité de travail due à une maladie, l'assureur déduit ces prestations du montant des indemnités journalières dès la fin du délai de carence. S'il n'est pas encore établi quelle rente AI la personne touche pendant le versement de l'indemnité journalière, l'assureur exige le remboursement des prestations de façon rétroactive à compter de la date où débute le droit à la rente AI. L'employeur déduit du salaire versé en cas de maladie les éventuelles rentes AI payées directement à la personne assurée (art. 56 OPers).

15. Passage à l'assurance individuelle

Les personnes assurées qui sont domiciliées en Suisse ont le droit de passer à l'assurance individuelle soit lorsqu'elles quittent le service du canton ou l'école obligatoire bernoise, à condition que leurs rapports de travail prennent fin avant le 1.1.2024, soit à l'expiration du contrat entre l'assureur et le canton de Berne, le 31.12.2023. Elles peuvent faire valoir leur droit de passage par écrit dans les 90 jours suivant leur départ ou l'expiration de la police d'assurance.

Les personnes assurées sont mentionnées au chiffre **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** de ce mémento.

[Maladie \(be.ch\)](#)

Les personnes qui souhaitent passer à l'assurance individuelle doivent remplir le formulaire de déclaration de sortie et le transmettre à l'Office du personnel, qui le complète et le fait suivre à l'assureur.

L'assurance individuelle prend effet un jour après la sortie. Lors du passage à l'assurance individuelle, les prestations d'assurance existantes sont adaptées aux nouvelles circonstances. À la demande de la personne assurée, le délai de carence peut être allongé ou réduit. Il n'est toutefois pas possible de le ramener à moins de 30 jours. L'âge et l'état de santé de la personne au moment de l'admission à l'assurance collective (entrée dans l'administration cantonale ou l'école obligatoire bernoise) sont déterminants pour le maintien de l'assurance.

Si la personne est en incapacité de travail lorsqu'elle quitte le service du canton ou l'enseignement public bernois, les prestations contractuelles de l'assurance collective sont maintenues (maintien des prestations). Elle n'a pas besoin de contracter une assurance individuelle pour l'incapacité de travail en cours (mais une rechute éventuelle ne sera pas couverte si elle ne contracte pas d'assurance individuelle dans le délai de 90 jours prévu). L'assureur déduit les indemnités journalières déjà versées de la durée des prestations. Le délai de carence est réduit à 30 jours. S'il n'est pas encore écoulé au moment de la résiliation des rapports de travail, la personne malade doit attendre la fin de ce délai de 30 jours pour que les indemnités journalières lui soient versées.

16. Cas dans lesquels il n'y a pas de droit de passage à l'assurance individuelle

La personne assurée ne bénéficie pas d'un droit de passage :

- lorsqu'elle change d'emploi et passe à l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie du nouvel employeur ;
- lorsqu'elle ne recherche pas un nouvel emploi et qu'elle n'est pas inscrite à l'office régional de placement ;
- lorsqu'elle a atteint l'âge de la retraite AVS ;
- lorsqu'elle s'est rendue coupable d'une tentative de fraude ou d'une fraude à l'assurance.

17. Définition de l'incapacité de travail par l'assurance

L'assurance d'indemnités journalières considère qu'une personne présente une incapacité de travail totale ou partielle lorsqu'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique la rend totalement ou partiellement inapte à accomplir le travail qui peut raisonnablement être exigé d'elle dans sa profession ou son domaine d'activité. Après trois mois d'incapacité de travail, l'assurance peut également envisager de lui confier une activité acceptable relevant d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

18. Consultation d'un médecin

Dès le début de sa maladie, la personne assurée consulte le plus vite possible un médecin agréé et veille à recevoir un traitement adéquat.

L'assureur peut demander qu'un examen médical ou une expertise soit pratiqué par un médecin désigné par ses soins. Il est en droit de rendre visite aux patients et d'exiger des documents et informations supplémentaires, notamment des certificats et rapports médicaux.

19. Obligations de l'employeur et de la personne assurée

L'employeur et la personne assurée entreprennent tout ce qui peut servir à clarifier la maladie et ses suites. La personne assurée s'abstient de faire quoi que ce soit qui puisse compromettre ou retarder le processus de guérison. Les médecins traitants doivent être déliés du secret médical vis-à-vis de l'assureur. L'employeur informe toutes les personnes assurées de la conduite qu'elles sont tenues d'adopter en cas de maladie.

20. Obligation de réduire les dommages

Si la personne assurée refuse ou se soustrait à un traitement dont on peut raisonnablement attendre qu'elle s'y soumette ou à des mesures de réinsertion dans la vie professionnelle améliorant sensiblement sa capacité de gain ou prometteuses d'une nouvelle possibilité de gain, ou si elle n'y participe pas de son propre chef autant que l'on peut raisonnablement en attendre d'elle, l'assurance est en droit de réduire passagèrement ou durablement, voire de supprimer, les prestations d'indemnités journalières.

En vertu de [l'article 58 alinéa 5](#) de l'ordonnance sur le personnel, l'employeur peut en pareil cas réduire le salaire qui est versé durant l'absence pour cause de maladie ou en exiger le remboursement.

La personne assurée qui est inapte à exercer sa profession d'origine et ne peut pas être réinsérée à son poste de travail est tenue de rechercher dans les trois mois un travail dans un autre domaine d'activité et de déposer une demande de prestations à l'assurance invalidité au plus tard dans les quatre mois à compter du début de la maladie.

Si la personne assurée ne dépose pas de demande à l'assurance-invalidité, l'assureur est en droit de suspendre le versement des indemnités journalières ou d'en réduire le montant, et l'employeur peut réduire en conséquence le salaire qui est versé durant l'absence pour cause de maladie ou en exiger le remboursement.

Office du personnel

Section Informatique du personnel et gestion des traitements, domaine HR Services, Assurances