

## **Indemnités journalières en cas de maternité**

*Par Jean-François Steiert, conseiller national, vice-président de la Fédération suisse des patients*

**Après une grossesse en un accouchement difficiles qui ont fait suite à une longue maladie, j'ai reçu de mon assureur un courrier avec le décompte des frais. Il m'y précisait notamment que mon droit aux indemnités journalières dont je dispose par mon employeur était échu, dans la mesure où j'avais déjà atteint le nombre maximal de jours prévu par la loi. J'avais pourtant cru comprendre, dans un article paru dans l'Objectif en début d'année, que les frais de maternité étaient séparés des frais de maladie dans les décomptes. Qu'en est-il ?**

Vous avez bien compris : tant pour l'assurance-maladie obligatoire que pour l'assurance facultative d'indemnités journalières, qui relève également de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (Lamal), des règles particulières ont été établies pour assurer une protection accrue de l'assurée en cas de Maternité.

En ce qui concerne l'assurance indemnité journalière contractée par votre employeur, la Lamal est limpide : à son article 74, elle précise qu'en cas de maternité, les indemnités journalières prévues dans le contrat d'assurance doivent être versées pendant 16 semaines, dont 8 au moins après l'accouchement ; elle ajoute que ces indemnités ne peuvent être imputées sur la durée maximale prévue pour les indemnités journalières en cas de maladie ; le Tribunal fédéral a confirmé cette lecture dans un arrêt publié en 1998 (ATF 124 V 291). Seule condition requise : au moment de l'accouchement, l'assurée doit avoir été au bénéfice de l'assurance d'indemnités journalières depuis au moins 270 jours sans interruption de plus de trois mois, ce qui est votre cas. Vous avez donc droit à l'entier des indemnités pour une durée de 16 semaines, comme le prévoit le contrat. Par ailleurs, cette durée de 16 semaines vaut également pour la prise en charge des soins accordés au nouveau-né en bonne santé et de son séjour, tant qu'il demeure à l'hôpital avec sa mère, que cette hospitalisation soit due à la maternité ou à d'autres raisons. Votre situation étant indiscutable, le plus simple est de prendre directement contact avec votre assureur pour régler le cas. Si ce dernier refuse de revenir sur sa décision, adressez-vous à une association de patients, qui vous aidera à faire valoir vos droits.

En ce qui concerne plus généralement les frais remboursés en cas de grossesse, on peut rappeler ici que l'article 29 de la Lamal exempte les femmes de la franchise et de la participation de 10 pour cent pour les coûts liés directement à la maternité (examens de contrôle, accouchement à domicile, dans un hôpital ou dans un institution spécialisée, conseils en cas d'allaitement, soins accordés au nouveau-né en bonne santé). En revanche, les complications dues à la grossesse sont considérées comme une maladie et ne donnent pas droit à l'exemption de franchise et de participation. Sur cette question, tant la pratique des assureurs que la jurisprudence sont devenues de plus en plus rigides au cours des dernières années. Dernier exemple en date : le 3 novembre 2006, le Tribunal fédéral a décidé que le traitement médical pour incompatibilité sanguine entre la mère et son enfant à naître n'est pas couvert par les dispositions légales particulières à la maternité.