

4.11 Prise en charge par l'assurance-accidents, l'assurance militaire et l'assurance-invalidité

Conformément à l'assurance-accidents (AA), toute personne qui exerce une activité lucrative salariée est assurée contre les accidents. Dans le cadre de l'assurance militaire (AM), c'est la Confédération qui assume la responsabilité des atteintes à la santé qui se manifestent durant le service obligatoire. Quiconque verse des cotisations AVS/AI/APG/AC est simultanément assuré auprès de l'assurance-invalidité (AI). Cette dernière a pour objectif de prévenir l'invalidité grâce à des mesures d'intégration, ou d'assurer aux personnes concernées les moyens d'existence appropriés par le biais des prestations financières et de les aider à mener une vie autonome et sous leur propre responsabilité.

Assurance-accidents

Les personnes qui exercent une activité salariée doivent obligatoirement être assurées selon la loi sur l'assurance-accidents (LAA). Lorsqu'elles travaillent plus de huit heures par semaine, elles sont également assurées pour les accidents non professionnels, c'est-à-dire ceux qui surviennent en dehors des heures de travail. Les personnes qui exercent une activité lucrative indépendante peuvent s'y assurer à titre facultatif ¹. Les personnes qui ne sont pas assurées selon la LAA sont couvertes à titre subsidiaire par leur caisse-maladie conformément à la loi sur l'assurance-maladie (LAMal). Les médecins facturent alors leurs prestations selon la valeur du point appliqué pour les traitements de l'assurance obligatoire des soins, et les patients s'acquittent de la franchise et de la quote-part ².

L'assurance-accidents alloue ses prestations en cas d'accidents professionnels, d'accidents non professionnels, de certaines lésions corporelles ou de maladies professionnelles répondant aux critères définis par la loi ³.

La loi définit l'accident comme « toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort ⁴ ». Certaines lésions corporelles sont, de par leur nature, assimilées à un accident, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à l'usure, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire ⁵. Sont réputées maladies professionnelles au sens de la LAA les maladies dues exclusivement ou de manière prépondérante à des substances nocives ou à certains travaux dans l'exercice de l'activité professionnelle. Le Conseil fédéral établit la liste de ces substances et de ces travaux ainsi que des affections qu'ils provoquent ⁶. S'y ajoutent les autres maladies dont il est prouvé qu'elles ont été causées exclusivement ou de manière nettement prépondérante par l'exercice de l'activité professionnelle.

L'assureur peut prendre les mesures qu'exige le traitement approprié de la personne assurée en tenant compte équitablement des intérêts de celle-ci et de ses proches. Ce principe dit des « prestations en nature » signifie que les assureurs-accidents financent et pilotent les prestations qu'ils prennent en charge ⁷, alors que les caisses-maladie sont uniquement tenues de rembourser les coûts facturés sans n'avoir guère d'influence sur les prestations. Les personnes assurées doivent se soumettre aux examens médicaux raisonnables que les assureurs-accidents prescrivent pour établir le diagnostic et déterminer les prestations qui en découlent ⁸.

Les prestations relevant de la LAA couvrent le traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, les moyens auxiliaires simples et adéquats, l'indemnisation pour les dommages matériels, les frais de voyage, de transport et de sauvetage nécessaires, les frais de transport du corps et les frais funéraires, les indemnités journalières et une rente d'invalidité si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite de l'accident, rente qui peut être couplée à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, ainsi que l'allocation pour impotent ⁹. Les traitements médicaux doivent être appropriés et économiques ¹⁰.

Si la personne assurée est responsable de l'accident, les indemnités journalières peuvent être réduites pour les accidents non professionnels ; en cas de dangers extraordinaires et d'entreprises téméraires, la totalité des prestations peut être refusée ¹¹. Il en va de même en cas de provocation intentionnelle de l'atteinte à la santé ou du décès ¹².

Tout assureur LAA est habilité à demander des renseignements et des pièces aux médecins, aux autorités, à l'employeur et à la personne assurée afin de pouvoir examiner son obligation de prestation et fixer ses prestations. La personne accidentée

est tenue d'autoriser des tiers à fournir ces renseignements et ces pièces.¹³ (Cf. Rapports dans la LAA, LAM et LAI, [chapitre 7.8 \(https://leitfaden.samw.fmh.ch/fr/guide-pratique-bases-juridique/7-secret-medical-rapports/78-rapports-laa-lam-ai.cfm\)](https://leitfaden.samw.fmh.ch/fr/guide-pratique-bases-juridique/7-secret-medical-rapports/78-rapports-laa-lam-ai.cfm).) Les personnes assurées au sens de la LAA peuvent choisir librement leur médecin, leur dentiste, leur chiropraticien, leur pharmacie et leur établissement de cure¹⁴.

L'assurance-accidents prend les traitements à sa charge selon le système du tiers payant, sans franchise ni quote-part¹⁵. Le TARDOC est applicable (convention tarifaire AA-AM-AI).

Les assureurs-accidents sont la Suva (obligatoire pour les entreprises industrielles et commerciales) et une vingtaine d'assurances privées reconnues par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP)¹⁶.

Les litiges entre personnes accidentées et assureurs LAA sont régis par les mêmes règles que celles qui s'appliquent dans le cadre de l'assurance-maladie (cf. [chapitre 4.8 \(https://leitfaden.samw.fmh.ch/fr/guide-pratique-bases-juridique/4-prestation-lamal/48-facturation-selon-la-lamal.cfm\)](https://leitfaden.samw.fmh.ch/fr/guide-pratique-bases-juridique/4-prestation-lamal/48-facturation-selon-la-lamal.cfm)). La première approche peut consister à recourir à une médiation neutre par [l'ombudsman des assurances privée et de la Suva \(https://ombudsman-assurance.ch/\)](https://ombudsman-assurance.ch/).

Les litiges entre fournisseurs de prestations et assureurs LAA sont soumis aux mêmes règles que celles qui s'appliquent dans le cadre de l'assurance-maladie (cf. [chapitre 4.8 \(https://leitfaden.samw.fmh.ch/fr/guide-pratique-bases-juridique/4-prestation-lamal/48-facturation-selon-la-lamal.cfm\)](https://leitfaden.samw.fmh.ch/fr/guide-pratique-bases-juridique/4-prestation-lamal/48-facturation-selon-la-lamal.cfm)), à l'exception du fait que la Commission paritaire de confiance (CPC) n'est pas organisée à un niveau cantonal mais national pour tous les cas AA, AM et AI¹⁷.

Assurance militaire

Sont assurés non seulement les membres de l'armée et les personnes dont la profession implique des risques analogues à ceux que présente le service militaire, mais également quiconque est incorporé dans la protection civile ou dans le service civil, ainsi que les civils qui participent à des exercices de l'armée et de la protection civile. Sont en outre assurés tous les participants à des actions de maintien de la paix et de bons offices de la Confédération (bérêts jaunes et bleus), ainsi que les participants aux actions de la Confédération, pour autant qu'ils appartiennent au Corps suisse d'aide en cas de catastrophe, et analogues. Une fois à la retraite, les personnes anciennement assurées à titre professionnel peuvent conclure une assurance de base facultative auprès de l'assurance militaire¹⁸. Est assurée toute atteinte à la santé qui se manifeste et qui est annoncée ou constatée de toute autre façon pendant le service, quelle qu'en soit l'origine ; il existe la présomption qu'une telle atteinte a été causée par le service. L'assurance militaire n'est pas responsable si elle peut prouver avec certitude que l'atteinte existait déjà avant le service ou n'a pas pu être provoquée pendant le service, et qu'elle ne s'est pas aggravée ni accélérée durant ce dernier¹⁹.

En revanche, si une affection est annoncée après le service ou que des séquelles tardives ou une rechute sont invoquées, l'assurance militaire en répond seulement s'il est établi au degré de vraisemblance prépondérante que l'affection a été causée ou aggravée pendant le service. Dans ce cas, le fardeau de la preuve incombe à la personne assurée²⁰.

Lorsqu'une affection antérieure au service est constatée lors de la visite sanitaire d'entrée, que la personne assurée est néanmoins retenue au service et qu'une aggravation de l'affection survient durant ce dernier, l'assurance militaire répond entièrement de l'affection annoncée pendant une année dès le licenciement du service²¹.

L'assurance militaire fournit des prestations en nature et rembourse les frais, notamment ceux d'un traitement approprié et économique visant à améliorer l'état de santé ou la capacité de gain de la personne assurée ou à la préserver d'une atteinte plus considérable²². Elle verse en outre des indemnités journalières en cas d'incapacité de travail, propose des mesures de réadaptation destinées au maintien de l'intégration, ou s'acquitte d'une rente d'invalidité en cas d'atteinte de longue durée ou présumée permanente de la capacité de gain²³. D'autres prestations sont aussi prévues pour l'indemnisation des dommages matériels, la réparation morale, etc.²⁴.

La personne assurée est tenue de se soumettre aux mesures médicales diagnostiques et thérapeutiques raisonnablement exigibles, à défaut de quoi l'assurance militaire peut réduire ses prestations²⁵. Elle a le libre choix du médecin, du dentiste, du chiropraticien, du pharmacien et de l'établissement hospitalier. Néanmoins, si elle a eu recours à un autre établissement que celui qui est le plus proche ou à une autre division hospitalière que la commune en l'absence d'accord de l'assurance, elle doit supporter les frais supplémentaires qui en découlent, sous réserve des cas urgents²⁶.

Tant les personnes assurées que les fournisseurs de prestations ont des obligations de déclaration. Si ces obligations ne sont pas respectées, les personnes couvertes par l'assurance militaire s'exposent à des réductions de prestations et les fournisseurs de prestations sont susceptibles de devoir répondre d'un dommage probablement en relation avec le service accompli s'ils ont omis de l'annoncer²⁷.

L'assurance militaire prend les traitements à sa charge selon le système du tiers payant, sans franchise ni quote-part²⁸. Le TARDOC est applicable (convention tarifaire AA-AM-AI).

En ce qui concerne les traitements médicaux, l'étendue des prestations couvertes par l'assurance militaire ²⁹ correspond en grande partie à celle de l'assurance-maladie. Les traitements doivent être appropriés et économiques. L'assurance militaire prend en charge les modèles simples et adéquats de moyens auxiliaires dans le but d'améliorer l'état de santé de la personne concernée ou en vue de sa réintégration professionnelle et sociale. Il n'existe pas de liste formelle de restrictions. En cas d'impotence ou de soins à domicile, les frais supplémentaires concrets sont couverts sous forme d'indemnités allouées en fonction des besoins de prise en charge. À cela s'ajoute le remboursement des frais de voyage, de transport, de recherche et de sauvetage.

Les personnes couvertes par l'assurance militaire jouissent d'un libre choix limité du médecin. En cas de traitement ambulatoire, elles doivent consulter un professionnel de santé adéquat. Quant aux traitements hospitaliers, ils sont pris en charge s'ils ont lieu dans la division commune d'un établissement avec lequel l'assurance militaire a conclu un contrat de collaboration et une convention tarifaire. Sauf cas d'urgence, les personnes assurées doivent choisir l'établissement adapté le plus proche. Si elles ont recours, sans autorisation, à d'autres fournisseurs de prestations que ceux qui sont prévus, elles doivent en supporter les coûts supplémentaires. Leurs souhaits concernant les séjours en établissement de cure et l'envoi dans un centre de dépistage et les propositions du médecin traitant sont pris en compte dans les décisions ³⁰.

L'assurance militaire est gérée par la Suva ³¹. Le traitement des cas est décentralisé sur quatre sites, dans les agences Suva de Genève, Berne, Saint-Gall et Bellinzone. L'assurance militaire est habilitée à demander des renseignements et des pièces aux médecins (cf. Rapports dans la LAA, LAM et LAI, [chapitre 7.8 \(https://leitfaden.samw.fmh.ch/fr/guide-pratique-bases-juridique/7-secret-medical-rapports/78-rapports-laa-lam-ai.cfm\)](https://leitfaden.samw.fmh.ch/fr/guide-pratique-bases-juridique/7-secret-medical-rapports/78-rapports-laa-lam-ai.cfm)).

Les litiges entre personnes couvertes par l'assurance militaire et assureurs LAM sont régis par les mêmes règles que celles qui s'appliquent dans le cadre de l'assurance-maladie (cf. chapitre 4.8) ³². Quant aux litiges entre fournisseurs de prestations et assureurs LAM, ils sont régis par les mêmes règles qui s'appliquent dans le cadre de l'assurance--accidents (cf. ci-dessus).

Assurance-invalidité

Toute personne assurée auprès de l'AVS à titre obligatoire ou facultatif bénéficie également de la couverture d'assurance de l'assurance-invalidité. Sont en principe assurées à titre obligatoire les personnes physiques domiciliées en Suisse, celles qui exercent une activité lucrative en Suisse, ainsi que les ressortissants suisses exerçant certaines activités à l'étranger ³³.

L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident ³⁴.

La détection précoce (communication de cas) a pour but de prévenir l'invalidité de personnes en incapacité de travail, dans l'idéal en collaboration avec les autres assureurs. Les employeurs, les membres de la famille, les médecins, etc., sont autorisés à [communiquer les cas à l'office AI compétent en vue d'une détection précoce \(https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1959/827_857_845/fr#art_3_b\)](https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1959/827_857_845/fr#art_3_b). Ils doivent préalablement informer les personnes assurées de leur démarche ³⁵. Pendant cette phase jusqu'à la demande formelle de prestations, seuls peuvent être donnés à l'office AI les renseignements complémentaires auxquels les personnes assurées ont consenti ou ceux exigés par un médecin du service médical régional ³⁶. Depuis 2022, les jeunes qui rencontrent des problèmes au moment de quitter l'école et de commencer une première formation en raison de difficultés de santé peuvent également communiquer leur cas en vue d'une détection précoce.

A partir du moment où une demande formelle est déposée auprès de l'AI, les organes de l'AI sont habilités à demander des renseignements et des pièces aux médecins (cf. Rapports dans la LAA, LAM et LAI, [chapitre 7.8 \(https://leitfaden.samw.fmh.ch/fr/guide-pratique-bases-juridique/7-secret-medical-rapports/78-rapports-laa-lam-ai.cfm\)](https://leitfaden.samw.fmh.ch/fr/guide-pratique-bases-juridique/7-secret-medical-rapports/78-rapports-laa-lam-ai.cfm)).

La [plateforme d'information ai-pro-medico \(https://www.iv-pro-medico.ch/\)](https://www.iv-pro-medico.ch/) de la Confédération, des offices AI et de la FMH condense tout ce que les médecins doivent savoir à propos de l'AI.

Les personnes assurées en incapacité de travail ou menacées d'invalidité ont droit aux mesures de réadaptation nécessaires et appropriées pour maintenir, rétablir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels. Les mesures médicales en font partie (avant tout pour les mineurs et les jeunes adultes).

Les mesures de réinsertion ³⁷ constituent une étape préalable aux mesures d'ordre professionnel, dont font partie l'orientation professionnelle, la première formation professionnelle, le reclassement, le placement, etc., et comptent aussi parmi les prestations de l'AI. L'AI est l'assurance sociale dont le catalogue de prestations est le plus étendu. Les autres prestations couvertes sont les moyens auxiliaires, les indemnités journalières et les rentes, éventuellement assorties de prestations complémentaires, d'une allocation pour impotent ou d'une contribution d'assistance ³⁸.

Les personnes assurées doivent participer activement à la mise en œuvre de toutes les mesures de réinsertion – y compris médicales – raisonnablement exigibles contribuant soit au maintien de leur emploi actuel, soit à leur réadaptation à la vie professionnelle ³⁹. Si elles se soustraient à une de ces mesures ou s'y opposent, les prestations peuvent être temporairement ou définitivement réduites ou refusées ⁴⁰.

L'AI, une assurance-maladie

Mesures médicales pour traiter les infirmités congénitales

L'AI prend en charge toutes les mesures médicales nécessaires au traitement d'une infirmité congénitale, sans tenir compte de la capacité de gain future. Les affections réputées infirmités congénitales et donnant droit à des prestations de l'AI sont énumérées de manière exhaustive dans une [ordonnance](https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2021/708/fr) (<https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2021/708/fr>). Les prestations à la charge de l'assurance-invalidité et de l'assurance-maladie ont été harmonisées au 1^{er} janvier 2022.

Mesures médicales de réadaptation

L'AI assume aussi le coût des mesures médicales qui sont directement nécessaires à la réadaptation des personnes assurées pour leur permettre de fréquenter l'école obligatoire, de suivre une formation professionnelle initiale, d'exercer une activité lucrative ou d'accomplir leurs travaux habituels.

Les mesures médicales sont prises en charge par l'AI en principe jusqu'à l'âge de 20 ans. Les personnes assurées qui accomplissent une mesure d'ordre professionnel au moment d'atteindre l'âge de 20 ans ont droit à des mesures médicales de réadaptation jusqu'au terme de la mesure d'ordre professionnel, mais au plus tard jusqu'à leurs 25 ans.

La LAI prévoit cependant une restriction importante (art. 12 al. 3, 2^{ème} phrase) : « Le droit à ces mesures n'existe que si le médecin traitant spécialisé a posé un pronostic favorable tenant compte de la gravité de l'infirmité. »

Les personnes assurées peuvent choisir librement le personnel médical, paramédical et les établissements ⁴¹. Le TARDOC est applicable (convention tarifaire AA--AM--AI).

La contribution d'assistance en faveur des personnes handicapées complète l'allocation pour impotent des personnes majeures ayant l'exercice des droits civils qui vivent ou souhaiteraient vivre chez elles. Contrairement à l'allocation pour impotent, versée à la personne assurée sous forme de forfait, le droit à une contribution d'assistance présuppose une relation contractuelle ⁴² entre la personne assurée et les assistants (modèle dit de l'employeur). Ont également droit à une contribution d'assistance les personnes mineures (à certaines conditions) ou majeures dont la capacité d'exercice des droits civils est restreinte ⁴³.

À l'inverse des procédures relevant des domaines LAMal, LAM et LAA, l'office AI envoie un préavis informant la personne assurée de la décision prévue. Lorsque cette décision touche l'obligation d'un autre assureur social d'allouer des prestations, l'office AI doit l'entendre avant de rendre sa décision ⁴⁴. La personne assurée et l'assureur social concerné disposent d'un délai de 30 jours pour contester le préavis, à la suite de quoi l'office AI rend sa décision. Si la personne assurée la conteste, elle peut déposer un recours auprès du tribunal cantonal des assurances ⁴⁵. Une fois le tribunal saisi, les dispositions qui s'appliquent sont celles prévues par la LPGA (cf. [chapitre 4.8](https://leitfaden.samw.fmh.ch/fr/guide-pratique-bases-juridique/4-prestation-lamal/48-facturation-selon-la-lamal.cfm) (<https://leitfaden.samw.fmh.ch/fr/guide-pratique-bases-juridique/4-prestation-lamal/48-facturation-selon-la-lamal.cfm>)).

Les litiges entre fournisseurs de prestations et offices AI sont régis par les mêmes règles que celles qui s'appliquent dans le cadre de l'assurance-accidents (cf. ci-avant).

1 Art. 1 a LAA, des exceptions pouvant être prévues. L'obligation pour toutes les personnes salariées a été introduite en 1984 ; art. 4 LAA.

2 Art. 64 LAMal.

3 Art. 6 LAA.

4 Art. 4 LPGA.

5 Art. 6 al. 2 LAA ; fractures, déboîtements d'articulations, déchirures du ménisque, déchirures de muscles, élongations de muscles, déchirures de tendons, lésions de ligaments, lésions du tympan. L'assureur-accidents alloue en outre ses prestations pour les lésions corporelles causées à la personne accidentée lors du traitement curatif ou des examens médicaux, art. 6 al. 3 LAA ; art. 10 OLAA.

6 Art. 9 al. 1 et 2 LAA.

7 Art. 48 LAA.

8 Art. 21 al 4. LPGA.

9 Art. 10 ss LAA.

- 10 Art. 10 et 54 LAA.
- 11 Art. 39 et art. 55 LAA.
- 12 Art. 37 ss LAA.
- 13 Art. 28 LPGa, art. 54 ss OLAA, art. 54 a LAA. Cf. explications de la Suva. [Lien](https://www.suva.ch/fr-ch/accident/pour-les-fournisseurs-de-prestations/suva-medical/publications/2021/septembre/transmission-de-rapports-par-des-medecins-traitants-dans-l-assurance-accidents?lang=fr-CH#state=%5Banchor-C3C6E0F3-4995-45CC-819F-56DC7BE189E5%5D). (https://www.suva.ch/fr-ch/accident/pour-les-fournisseurs-de-prestations/suva-medical/publications/2021/septembre/transmission-de-rapports-par-des-medecins-traitants-dans-l-assurance-accidents?lang=fr-CH#state=%5Banchor-C3C6E0F3-4995-45CC-819F-56DC7BE189E5%5D)
- 14 Art. 10 al. 2 LAA.
- 15 Art. 10 ss LAA, art. 15 ss OLAA.
- 16 www.bag.admin.ch Assurances Assurance-accidents Assureurs et surveillance. [Lien](https://www.bag.admin.ch/fr/lassurance-accidents-assureurs-et-surveillance). (https://www.bag.admin.ch/fr/lassurance-accidents-assureurs-et-surveillance)
- 17 Art. 34 ss LPGa ; art. 57 LAA.
- 18 Art. 1 a LAM ; art. 1 ss et 2 LAM.
- 19 Art. 5 LAM.
- 20 Art. 6 LAM. *Degrés de vraisemblance prépondérante* : Ce qui signifie que des motifs importants laissent penser que le service est à l'origine de l'affection et que d'autres causes, sans être exclues, revêtent une importance moindre.
- 21 Art. 7 LAM.
- 22 Art. 16 LAM.
- 23 Art. 16 ss LAM ; art. 28 ss LAM ; art. 40 LAM.
- 24 Art. 57 ss LAM.
- 25 Art. 18 LAM.
- 26 Art. 17 LAM.
- 27 Art. 83 LAM.
- 28 Art. 24 LAM.
- 29 Cf. art. 18 a - 21 LAM.
- 30 Art. 17 LAM.
- 31 Transfert opéré le 1^{er} juillet 2005. Art. 8-15 et 81-82 LAM.
- 32 Art. 34 ss LPGa ; art. 32a ss OAM.
- 33 Art. 1 a LAI ; art. 1 a et 2 LAVS, avec de nombreuses précisions.
- 34 Art. 4 LAI.
- 35 Art. 3 ss LAI.
- 36 Art. 3 c LAI.
- 37 Art. 14 a ss LAI.
- 38 Art. 15 ss, art. 21 ss, art. 28 ss et art. 42 ss LAI ; art. 4 LPC.
- 39 Art. 7 LAI.
- 40 Art. 21 al. 2 LPGa ; art. 7 LAI.
- 41 Art. 26 s LAI.
- 42 L'OFAS a publié un modèle contrat de travail à l'annexe 7 de la circulaire sur la contribution d'assistance (CCA). [Lien](https://sozialversicherungen.admin.ch/fr/d/6394?lang=fr#). (https://sozialversicherungen.admin.ch/fr/d/6394?lang=fr#)
- 43 Art. 42 ss LAI ; art. 39 a ss RAI.
- 44 Art. 57 a LAI.
- 45 Art. 73^{bis} ss RAI ; art. 69 LAI.

Dernière mise à jour le 12.06.2026