

## **GE\_GERICHTE ATAS/719/2010 vom 24. Juni 2010**

GE Cour de justice, 2010-06-24, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_719\\_2010](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_719_2010)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/719/2010 du 24 juin 2010

IT: GE\_GERICHTE ATAS/719/2010 del 24 giugno 2010

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 4 et 5 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 LPGA qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal) et à la loi fédérale sur l'assurance-accident du 20 mars 1981 (LAA). Sa compétence pour juger du cas est ainsi établie

#### **E. 2**

Interjeté dans les délai et forme utiles, le présent recours est recevable.

#### **E. 3**

La question litigieuse consiste à déterminer quel assureur, maladie ou accident, doit prendre en charge le cas ?

#### **E. 4**

En matière de coordination des prestations, l'art. 63 al. 1 LPGA prévoit que les règles de coordination prévues dans la présente section s'appliquent aux prestations allouées par plusieurs assurances sociales.

#### **E. 5**

Au sujet des traitements, l'art. 64 LPGA stipule que 1. le traitement est à la charge exclusive d'une seule assurance sociale dans la

mesure où il s'agit de prestations prescrites par la loi. 2. Si les conditions de la loi spéciale concernée sont remplies, le traitement, dans les limites légales, est dans l'ordre suivant à la charge de : a) l'assurance militaire ; b) l'assurance-accidents ; c) l'AI ; d)

l'assurance-maladie. 3. L'assureur social tenu de verser des prestations prend en charge seul et de manière illimitée les frais du traitement hospitalier, même si l'atteinte à la santé n'est pas entièrement due à l'évènement qu'il est tenu de couvrir. 4. Par ailleurs, l'assureur social tenu de verser des prestations prend en charge le traitement des atteintes à la santé dont il n'a pas à répondre lorsque ces atteintes surviennent au cours d'un traitement hospitalier et ne peuvent être traitées séparément. Il y a lieu de relever que si un assuré malade est victime d'un accident dans un établissement hospitalier, l'assureur-maladie alloue, tant que dure le traitement hospitalier pour la maladie, les prestations assurées pour l'ensemble de l'atteinte à la santé (Jean-Louis DUC, Des règles de coordination dans le domaine des

A/3169/2007 - 12/15 - assurances sociales en droit suisse : l'apport de la LPGA et ses limites, page 334). De plus, dans sa lettre-circulaire no 262 du 9 juillet 2008, l'AI précise que « lorsqu'il s'agit d'atteintes à la santé qui peuvent être délimitées l'une de l'autre, il doit y avoir en tous les cas une répartition des frais entre les diverses assurances concernées

(voir à ce sujet Kieser, ATSG-Kommentar, art. 64, nos 1 ss.). Dans ces cas, l'obligation de chacune d'elles de verser des prestations se limite à ce qui est prévu par la loi de l'assurance sociales qui les concerne. »

#### **E. 6**

En l'espèce, le Tribunal de céans retiendra les explications du Prof. H\_\_\_\_\_ selon lesquelles, en l'absence de l'événement accidentel du 6 janvier 1996, la recourante aurait fait un séjour de 15 jours à 3 semaines à l'Hôpital pour la myasthénie dont elle était atteinte. Compte tenu de cette délimitation et en application de l'art. 64 LPGA, la durée de ce séjour de 15 jours à l'hôpital doit être à la charge de l'assureur-maladie alors que l'ensemble des frais découlant de la poursuite du séjour hospitalier doit être à la charge de l'assureur-accidents.

#### **E. 7**

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a ainsi posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss. consid. 3).

#### **E. 8**

Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le Tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce

A/3169/2007 - 13/15 - dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

#### **E. 9**

S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

#### **E. 10**

Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

#### **E. 11**

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration ou le juge sont tenus d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4). En revanche, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation il est superflu d'administrer d'autres preuves (ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence).

A/3169/2007 - 14/15 -

#### **E. 12**

Au sujet de la détermination des coûts liés à la maladie de ceux liés à l'évènement accidentel du 6 janvier 1996, il y a lieu de rappeler les explications des HUG, à l'occasion du courrier du 1er avril 2009, à savoir que, de l'avis du Dr. J \_\_\_\_\_, en dehors de décompensations de la myasthénie, maladie dont souffre Mme LE S \_\_\_\_\_ et dont le corps médical ne peut prédire avec certitude l'évolution, les prestations sont rendues nécessaires majoritairement par l'accident subi par Mme S \_\_\_\_\_ dans les Hôpitaux universitaires de Genève.

### **E. 13**

Pour sa part, le Prof. H\_\_\_\_\_ relève notamment qu'il est possible de traiter de façon ambulatoire la myasthénie bien que, parfois, il existe des situations de décompensation qui doivent être traitées de manière stationnaire, séjour qui dure entre une semaine et un mois Il relève en outre que depuis 1996 il n'y a plus eu d'intervention sur Mme S\_\_\_\_\_ bien que la question d'enlever le thymus se soit posée, qu'en l'absence de l'événement accidentel du 6 janvier 1996, Mme S\_\_\_\_\_ aurait fait un séjour de 15 jours à 3 semaines à l'Hôpital pour la myasthénie dont elle était atteinte et qu'elle aurait pu, par la suite, sortir de l'Hôpital et reprendre une vie normale tout en restant sous traitement médical.

### **E. 14**

Les informations, obtenues aussi bien par les HUG que par le Prof. H\_\_\_\_\_, étant convaincantes d'une part et d'autre part vu l'application de l'art. 64 LPGA, d'autres mesures probatoires, telle qu'une nouvelle expertise, seraient en l'occurrence superflue.

### **E. 15**

En conclusion, il sied de constater qu'en l'absence de l'évènement accidentel, la recourante aurait fait un séjour en milieu hospitalier, dès le 24 décembre 1995. de 15 jours à 3 semaines et serait, depuis la fin de ce séjour, en mesure de prendre ses médicaments en raison de la myasthénie. Dès lors, l'hospitalisation actuelle est donc imputable à l'accident du 6 janvier 1996. En conséquence, le recours sera rejeté dans le sens où seuls les frais du séjour hospitalier des 15 premiers jours doivent être pris en charge par l'assureur-maladie alors que les frais découlant de la poursuite du séjour hospitalier sont à la charge de l'assureur-accidents.

### **E. 16**

En matière de procédure, l'art. 61 let. a. LPGA prévoit qu'elle doit être simple, rapide, en règle générale publique, ainsi que gratuite pour les parties, des émoluments de justice et les frais de procédure peuvent toutefois être mis à la charge de la partie qui agit de manière téméraire ou témoigne de légèreté. En l'occurrence, les parties n'ayant pas agi de manière téméraire ou témoigné de légèreté, et la recourante n'ayant pas obtenu gain de cause, la procédure est gratuite et il ne sera pas octroyé de dépens. (art. 61 let. a et g LPGA)

### **E. 17**

En conclusion, le recours étant mal fondé, il sera rejeté, sans frais ni dépens.

A/3169/2007 - 15/15 -

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.