

# **GE\_GERICHTE ATAS/333/2018 vom 16. April 2018**

GE Cour de justice, 2018-04-16, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_333\\_2018](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_333_2018)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/333/2018 du 16 avril 2018

IT: GE\_GERICHTE ATAS/333/2018 del 16 aprile 2018

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 8 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur depuis le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité, du 25 juin 1982 (loi sur l'assurance-chômage, LACI - RS 837.0) ainsi que des contestations prévues à l'art. 49 al. 3 de la loi en matière de chômage du 11 novembre 1983 (LMC – RS J 2 20), en matière de prestations complémentaires cantonales. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 49 al. 3 LMC).

### **E. 3**

L'objet du litige porte sur le droit du recourant à des PCM dès le 1er mai 2015.

### **E. 4**

a. Au niveau fédéral, le droit à l'indemnité de chômage en cas d'incapacité de travail passagère est réglé à l'art. 28 LACI (ATF 126 V 127 consid. 3b). A teneur de l'alinéa 1er de cette disposition, les assurés qui, passagèrement, ne sont aptes ni à travailler, ni à être placés ou ne le sont que partiellement en raison d'une maladie (art. 3 LPGA), d'un accident (art. 4 LPGA) ou d'une grossesse et qui, de ce fait, ne peuvent satisfaire aux prescriptions de contrôle, ont droit à la pleine indemnité

A/468/2016 - 14/18 - journalière fédérale s'ils remplissent les autres conditions dont dépend le droit à l'indemnité. Leur droit persiste au plus jusqu'au 30ème jour suivant le début de l'incapacité totale ou partielle de travail et se limite à 44 indemnités journalières durant le délai-cadre. L'art. 21 LACI prévoit que cinq indemnités journalières sont payées par semaine. S'ils ne sont pas assurés à titre individuel auprès d'une assurance perte de gain privée, les chômeurs ayant épuisé leurs droits selon l'art. 28 LACI peuvent se retrouver privés d'une compensation de leur perte de gain. C'est pourquoi, certains cantons ont institué une assurance sociale perte de gain en faveur des chômeurs, appelée à compléter les prestations servies par l'assurance-chômage (Boris RUBIN, Commentaire de la loi sur l'assurance-chômage, 2014, n° 27 et 28 ad Art. 28, p. 287). Tel est le cas de Genève. b. L'art. 8 LMC prescrit que peuvent bénéficier des prestations cantonales en cas d'incapacité passagère de travail, totale ou partielle, les chômeurs qui ont épuisé leur droit aux

indemnités journalières fédérales pour maladie ou accident, conformément à l'art. 28 LACI. Les prestations pour cause d'incapacité passagère de travail, totale ou partielle, ne peuvent être versées que si elles correspondent à une inaptitude au placement au sens de l'art. 28 LACI (art. 12 al. 1 LMC). Les prestations sont servies au bénéficiaire dès la fin du droit aux indemnités au sens de l'art. 28 LACI jusqu'à concurrence de 270 indemnités journalières cumulées dans le délai-cadre d'indemnisation fédéral (art. 15 al. 1 LMC). Elles ne peuvent en outre dépasser le nombre des indemnités de chômage auquel le bénéficiaire peut prétendre en vertu de l'art. 27 LACI (art. 15 al. 2 LMC). Un délai d'attente de cinq jours ouvrables est applicable lors de chaque demande de prestations. Il s'agit de prestations cantonales complémentaires à celles prévues par l'assurance- chômage fédérale (voir art. 1 let. d LMC) qui relèvent du droit cantonal autonome et non pas du droit fédéral ou du droit cantonal d'exécution du droit fédéral (arrêt 8C\_864/2012 du 26 février 2013 consid. 3). Selon l'art. 11 LMC, les prestations sont égales aux indemnités de chômage perçues immédiatement avant l'incapacité de travail ; la réalisation d'un gain intermédiaire est réservée (al. 1). Lorsque l'incapacité de travail est partielle, les prestations sont réduites en proportion (al. 2). Les prestations sont versées au terme de la période d'incapacité de travail, mais au moins une fois par mois (al. 3). Selon l'art. 12 LMC, les prestations pour cause d'incapacité passagère de travail, totale ou partielle, ne peuvent être versées que si elles correspondent à une inaptitude au placement au sens de l'article 28 de la loi fédérale (al. 1). L'assuré n'a pas droit aux prestations s'il séjourne hors du lieu de son domicile, que ce soit en Suisse ou à l'étranger ; demeurent réservés les cas de nécessité. Le Conseil d'Etat règle la procédure et définit les cas de nécessité (al. 2). Les cas de nécessité médicale doivent recevoir l'aval du médecin-conseil de l'autorité compétente (al.

A/468/2016 - 15/18 - 3). Les prestations peuvent être versées lorsque l'incapacité donne lieu à une cure ou une convalescence se déroulant en Suisse (al. 4). Selon l'art. 13 LMC, le versement de prestations est exclu dans le cas où il peut être déterminé par l'autorité compétente que les causes de l'incapacité de travail sont intervenues avant l'affiliation à l'assurance, pour autant qu'elles aient été connues de l'assuré. Les cas de rigueur demeurent réservés. A noter que l'affiliation doit être interprétée comme le moment à partir duquel l'assuré est couvert par les PCM, soit depuis la date de l'ouverture du délai-cadre d'indemnisation (ATAS/81/2013 du 21 janvier 2013) Selon l'art. 15 LMC, les prestations sont servies au bénéficiaire dès la fin du droit aux indemnités au sens de l'article 28 de la loi fédérale jusqu'à concurrence de 270 indemnités journalières cumulées dans le délai-cadre d'indemnisation fédérale (al. 1). Elles ne peuvent en outre dépasser le nombre des indemnités de chômage auquel le bénéficiaire peut prétendre en vertu de l'article 27 de la loi fédérale (al. 2). Selon l'art. 16 al. 4 du règlement d'exécution de la loi en matière de chômage (RMC), du 23 janvier 2008, en cas de divergence entre les médecins traitants et le médecin-conseil de l'office, l'avis de ce dernier prévaut.

## **E. 5**

Les principes applicables en matière d'assurance privée s'appliquent à l'assurance perte de gain instaurée par la LMC (ATAS/663/2016 du 25 août 2016) ; dans ce domaine, un contrat d'assurance est nul si le risque assuré est déjà survenu avant la conclusion du contrat, conformément à l'art. 9 de la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (LCA – RS 221.229.1) ; un sinistre déjà survenu ne peut en principe pas être assuré (interdiction de l'assurance rétroactive). Si avant la conclusion du contrat, l'assuré a souffert d'une maladie pour laquelle, selon l'expérience médicale, il faut compter avec des rechutes (celles-ci

apparaissant comme l'évolution normale de la maladie), le sinistre est déjà survenu, de sorte que les rechutes ne sont pas assurables. Le fait que les parties aient ou non connaissance de cette maladie au moment de la conclusion du contrat n'est pas déterminant (ATF 127 III 21 consid. 2b/aa). Se fondant sur l'assurance-maladie, le Tribunal fédéral qualifie la maladie comme événement assuré. Il considère que l'apparition de nouveaux symptômes d'une maladie antérieure ou une rechute d'une maladie ne sont juridiquement pas une nouvelle maladie ou un événement assuré partiel, mais la continuation d'un événement déjà survenu au sens de l'art. 9 LCA (ATF 127 III 21 consid. 2b). Toutefois, cette jurisprudence n'est pas applicable lorsque la maladie n'a pas entraîné d'incapacité de gain jusqu'au moment de la conclusion du contrat d'assurance. Dans le cas où un sinistre partiel est déjà survenu, il est possible de s'assurer contre le risque affectant l'autre partie, si la survenance de celui-ci est aléatoire (ATF 136 III 334).

A/468/2016 - 16/18 -

## **E. 6**

La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales, 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. À cet égard, il convient 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 (ATF 125 V 351 consid. 3 ; ATF 122 V 157 consid. 1c).

## **E. 7**

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4 ; ATF non publié 8C\_923/2010 du 2 novembre 2011, consid. 5.2). En ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 244/05 du 3 mai 2006 consid. 2.1).

#### **E. 8**

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme

A/468/2016 - 17/18 - 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 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 319 consid. 5a).

#### **E. 9**

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 (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n.

#### **E. 10**

En l'occurrence, l'intimé a admis, à la suite du projet d'acceptation de rente de l'OAI du 29 novembre 2017 constatant une incapacité de travail totale du recourant depuis octobre 2015, que ce dernier avait droit aux PCM du 1er mai au 30 septembre 2015. Le recourant a déclaré accepter la proposition de l'intimé. Il convient, dans ces conditions, de suivre la position de l'intimé, laquelle est conforme aux dispositions légales précitées concernant le droit des assurés aux PCM.

#### **E. 11**

Partant, le recours sera admis, la décision litigieuse annulée et il sera dit que le recourant a droit aux PCM du 1er mai au 30 septembre 2015. Vu l'issue du litige, une indemnité de CHF 1'500.- sera allouée au recourant, à charge de l'intimé, étant constaté que le curateur du recourant est avocat (ATF 135 V 473 ; 126 V 11).

A/468/2016 - 18/18 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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