

## **GE\_GERICHTE ATAS/439/2017 vom 30. Mai 2017**

GE Cour de justice, 2017-05-30, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_439\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_439_2017)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/439/2017 du 30 mai 2017

IT: GE\_GERICHTE ATAS/439/2017 del 30 maggio 2017

### **Erwägungen**

#### **E. 4**

juillet au 1er novembre 2016, et qui n'est en rien lié à la situation précédente. Il produit un courrier du Dr B\_\_\_\_\_, daté du 3 novembre 2016, aux termes duquel celui-ci atteste que son patient « a bénéficié d'arrêts de travail pour une problématique professionnelle jusqu'à fin septembre 2015 et que depuis, il a travaillé et intégré la caisse de chômage jusqu'en juillet 2016, où, suite à un problème personnel éprouvant, il est revenu me voir et a bénéficié d'un arrêt de travail jusqu'à fin octobre 2016. Je puis donc préciser que les causes des arrêts de travail des années 2014 et 2015 ne sont pas les mêmes que pour ceux donnés depuis juillet 2016 ».

A/622/2017 - 3/11 -

#### **E. 5**

Invité à se déterminer, le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et cardiologie et médecin-conseil, a indiqué qu'il s'agissait de la même pathologie, soit « de la même maladie qui est d'ailleurs traitée de manière identique ».

#### **E. 6**

Par décision du 3 février 2017, l'OCE a rejeté l'opposition, au vu du préavis du Dr C\_\_\_\_\_, et rappelant qu'en cas de divergences entre le médecin traitant et le médecin-conseil de l'OCE, l'avis de ce dernier prévaut.

#### **E. 7**

L'intéressé a interjeté recours le 22 février 2017 contre ladite décision. Il explique que sa première incapacité de travail est due à « une agression physique grave sur la voie publique (une plainte a été déposée contre l'agresseur), suivie d'un licenciement du fait d'une trop longue convalescence imposée à mon ancien employeur. Je précise qu'il s'agissait d'une agression inopinée, gratuite et d'une extrême violence à l'arme blanche à la tête avec des séquelles physiques et psychologiques graves ». Il ajoute que sa deuxième période d'incapacité de travail a quant à elle été provoquée par un choc émotionnel important d'ordre privé, à la suite duquel il a été « empêché physiquement d'assumer mes responsabilités professionnelles ». Il fait ainsi valoir qu'il n'y a aucun lien entre les deux périodes d'incapacité. Il a joint à son courrier une nouvelle attestation établie par le Dr B\_\_\_\_\_ le 21 février 2017, selon laquelle « Je tiens à préciser, par ce document, que l'intéressé a subi un choc post-traumatique en août 2013 dans le cadre d'une agression physique au couteau et, dans un deuxième temps, une autre agression physique en mars 2014, ce qui a amené à cet état dépressif au long cours et son licenciement professionnel. Cependant, depuis septembre 2015, un certificat médical de reprise à 100% d'activité a été donné et le patient a effectué une formation de deux semaines dans le cadre du chômage

pour pouvoir accéder plus rapidement à un nouveau poste de travail. Malheureusement, en date du 6 juillet 2016, mon patient a subi un choc émotionnel important dans le cadre privé, ce qui l'a conduit à devoir quitter son poste de travail le 11 juillet 2016 à la demande de la RH de la société (l'intéressé avait un contrat CDD dans le cadre du D \_\_\_\_\_ à partir du 11 juillet 2016 jusqu'au 11 janvier 2017) ».

#### **E. 8**

Dans sa réponse du 22 mars 2017, l'OCE a conclu au rejet du recours, relevant que si les facteurs déclenchants pouvaient différer, il n'en demeurerait pas moins qu'il s'agissait de la même maladie, laquelle était de surcroît traitée de manière identique.

#### **E. 9**

La chambre de céans a ordonné l'audition du Dr B \_\_\_\_\_ le 16 mai 2017, ainsi que la comparution personnelle des parties. Le Dr B \_\_\_\_\_ a ainsi déclaré que : « Je suis le médecin traitant de l'intéressé depuis longtemps. Je suis le médecin de la famille.

A/622/2017 - 4/11 - Mon patient a subi deux agressions, l'une en août 2013 dans un restaurant, l'autre, en mars 2014 sur son lieu de travail. Je ne me souviens pas si la première agression a donné lieu à une incapacité de travail. La même personne l'a agressé. Dans les deux cas, il a principalement présenté un état de choc post-traumatique. Je lui ai prescrit un traitement antidépresseur et il a bénéficié d'un soutien psychothérapeutique dispensé par un psychiatre. Je lui avais conseillé de s'adresser à un psychiatre, mais c'est lui qui en a pris l'initiative. L'évolution était lente, mais favorable. Il a malheureusement eu le sentiment de ne pas être du tout soutenu par son employeur, alors que les faits s'étaient déroulés sur le lieu de travail. Je dirais que mon patient a souffert d'une dépression majeure provoquée par le traumatisme subi aussi bien au niveau psychologique que physique (choc post-traumatique). Le patient a pu reprendre une activité (service civil et une formation dans le cadre du chômage) fin septembre 2015. J'ai établi un certificat le 11 avril 2016, pour une incapacité de travail du 8 au 17 avril 2016, vraisemblablement pour un léger problème somatique. En juillet 2016, mon patient a subi un choc d'ordre privé, soit une trahison sentimentale. Il a en quelque sorte été cassé dans sa reprise. Sa dépression était si grave que j'ai craint d'avoir à l'hospitaliser. Il a ainsi souffert d'une dépression réactionnelle d'autant plus grave qu'il avait été fragilisé préalablement. Son entourage familial était par ailleurs à ce moment-là réduit. Je lui ai prescrit le même traitement médicamenteux du fait que celui-ci avait bien fonctionné la première fois. Je précise encore que le psychiatre qui l'avait soutenu en 2014-2015, a refusé de le voir, sauf erreur de ma part, pour des questions financières. Ça a été d'autant plus difficile pour mon patient. Je n'ai pas le souvenir que le Dr C \_\_\_\_\_, médecin-conseil de l'OCE, ait pris contact avec moi pour me demander des renseignements sur mon patient. J'insiste sur le fait que pour moi, l'intéressé a souffert de deux « pathologies » différentes. Il y a certes dans les deux cas une dépression. Les origines en sont toutefois différentes, et surtout la première avait été traitée et l'état de l'assuré s'était amélioré. Il avait pu reprendre une activité à 100%. Je prendrais l'exemple d'un accident au cours duquel la jambe est fracturée. Un second accident avec fracture de la même jambe n'a rien à voir avec le premier accident. Il est vrai que dans le cas d'une dépression, le second choc survient sur un terrain fragilisé. Il ne s'agit toutefois ni d'une même cause, ni du même moment ». L'intéressé a précisé que « Je précise qu'en août 2013, l'agression a consisté en une lacération au couteau. J'ai été soigné aux HUG pour une plaie au crâne, une coupure de 3 cm à l'index droit et un éclat de verre à la narine. J'ai subi une

expertise médicale ordonnée par le Ministère Public. Mon agresseur a été jugé coupable, sauf erreur de ma part, de lésions corporelles simples. Mon incapacité de travail alors était également due à mon état somatique.

A/622/2017 - 5/11 - J'ai été reçu par le Dr C \_\_\_\_\_. J'ai mal vécu la consultation. Celle-ci a à peine duré dix minutes. Il m'interrompait souvent. Je ne lui ai pas amené de documents du Dr B \_\_\_\_\_ ».

#### **E. 10**

Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 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 dès 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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. La décision querellée a trait aux prestations cantonales complémentaires de chômage prévues par la LMC. Cette dernière ne contenant aucune norme de renvoi, la LPGA n'est pas applicable (cf. art. 1 et 2 LPGA). 3. Interjeté dans les formes et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (cf. art. 49 al. 3 LMC et art. 89B de la loi sur la procédure administrative du

#### **E. 12**

On ne saurait soutenir, au degré de vraisemblance requis par la jurisprudence, que l'assuré souffre d'une maladie durable, soit d'un trouble dépressif récurrent qui augmenterait clairement le risque de rechute dépressive. Le Dr B \_\_\_\_\_ n'a retenu ce diagnostic à aucun moment. Selon les critères diagnostiques du trouble dépressif majeur récurrent (F33) de la Classification internationale des maladies de la dixième révision (CIM-10), il faut la présence d'au moins un épisode dépressif ayant persisté au moins deux semaines et séparé de l'épisode actuel par une période d'au moins deux mois sans perturbation significative de l'humeur (p. 79). Seule la survenance de plusieurs épisodes dépressifs qui se succèdent permet de poser le diagnostic de trouble dépressif récurrent (F33). Il y a généralement lieu de considérer qu'un patient est guéri seulement après une période de six à neuf mois de rémission complète suivant l'état dépressif précédent (cf. Dr Guido BONDOLFI, Dépression récurrente et prévention de la rechute, in *Revue médicale Suisse*, 2002, n° 2406 ; voir dans le même sens Dr Adeline GAILLARD, Dépression et récurrences, in *Livre blanc de la dépression*, édité par Jean-Pierre OLIE, 2015, téléchargeable via le site du Centre hospitalier universitaire (CHU) de Clermont Ferrand à l'adresse [chuclermontferrand.centredoc.fr/opac/index.php?lvl=notice\\_display&id=90106](http://chuclermontferrand.centredoc.fr/opac/index.php?lvl=notice_display&id=90106)). C'est ainsi que dans un arrêt (ATAS/663/2016), la chambre de céans a constaté la présence d'une maladie durable, dans le cas d'une assurée souffrant d'un trouble dépressif accompagné de troubles psychotiques dans les phases de décompensation et d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile. Tel n'est à l'évidence pas le cas de l'assuré.

A/622/2017 - 10/11 - En l'espèce, le Dr B \_\_\_\_\_ n'a pas évoqué de risque de rechute. Bien au contraire, la période de capacité totale de travailler dès septembre 2015 correspond pour lui à une période de rémission totale.

#### **E. 13**

La chambre de céans relève que le diagnostic posé lors des deux incapacités de travail est certes le même. Le médecin a prescrit le même traitement médicamenteux. Force est toutefois de constater que non seulement les causes sont différentes, mais surtout qu'il s'agit de deux pathologies survenues en deux temps distincts, la première s'étant suffisamment amendée pour que l'intéressé soit en mesure de reprendre une activité durant neuf mois. Qu'il s'agisse d'un état dépressif dans les deux cas importe peu. Il n'est ici question ni de rechute, ni de maladie durable. Du reste, la chambre de céans, dans un arrêt (ATAS/979/2015), a déjà eu l'occasion de nier l'existence d'un lien entre une incapacité de travail due à une dépression de type post partum et l'arrêt de travail ayant débuté deux ans plus tard, motivé par un état anxio-dépressif sans doute réactionnel à un licenciement.

#### **E. 14**

Il y a dès lors lieu de considérer que les causes pour lesquelles l'assuré était incapable de travailler à compter du 4 juillet 2016 ne sont pas intervenues avant le 7 octobre 2015, date à laquelle il s'est inscrit auprès de l'OCE. Partant, il a droit aux prestations cantonales en cas d'incapacité passagère de travail dès le 3 août 2016. Aussi le recours est-il admis.

A/622/2017 - 11/11 - 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.