

GE_GERICHTE ATAS/471/2017 vom 8. Juni 2017

GE Cour de justice, 2017-06-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_471_2017

FR: GE_GERICHTE ATAS/471/2017 du 8 juin 2017

IT: GE_GERICHTE ATAS/471/2017 del 8 giugno 2017

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 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.

E. 2

Interjeté dans les forme et 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 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

E. 3

Le litige porte sur le droit de la recourante au versement de prestations complémentaires cantonales en cas de maladie, et plus particulièrement sur la question de savoir si les causes de son incapacité de travail sont antérieures à son inscription au chômage, subsidiairement si elle peut bénéficier de la clause de rigueur.

E. 4

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 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

A/846/2017 - 5/9 - durant le délai-cadre. L'art. 21 LACI prévoit que cinq indemnités journalières sont payées par semaine.

E. 5

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. 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).

E. 6

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 (art. 13 LMC). A noter que l'affiliation à l'assurance 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). Jusqu'au 31 janvier 2002, l'art. 13 LMC prévoyait que les affections chroniques et récidivantes d'origine psycho-névrotique ou dépressivo-anxieuse, dûment constatées par le médecin-conseil de l'autorité compétente, entraînaient un refus du droit aux prestations. La raison d'être de cette disposition était qu'il n'appartenait pas à l'assurance-chômage de prendre en charge des affections à caractère chronique, dont l'origine était antérieure à la période de chômage (Commentaires : article par article - annexe au projet de loi en matière de chômage, Mémorial du Grand Conseil, 1983/III p. 3545). En d'autres termes, l'assurance-chômage n'avait

A/846/2017 - 6/9 - pas à prendre en charge les conséquences pécuniaires d'une maladie chronique, préexistant à l'inscription au chômage, devenue incapacitante seulement après l'affiliation. Lors de l'adoption de la teneur actuelle de l'art. 13 LMC en 2002, le législateur a précisé, d'une part, que le nouvel art. 13 ne devait pas être compris comme une modification de la disposition en vigueur jusqu'au 31 janvier 2002 et d'autre part, les autres assurances n'acceptaient pas non plus les personnes déjà malades et les PCM couvraient les affections passagères et non durables (p. 12 du rapport de la Commission de l'économie chargée d'étudier le projet de loi du Conseil d'Etat modifiant la loi en matière de chômage (J 2 20), Mémorial du Grand Conseil 2001- 2002 IV, Annexes p. 718 ss ; cité ci-après : rapport de la Commission de l'économie).

E. 7

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 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. 8

En l'occurrence, la recourante a fait valoir dans un premier temps avoir souffert de deux épisodes dépressifs distincts. Le premier épisode, qui a duré jusqu'à fin avril 2016, était dû à un mobbing dans le cadre de son travail, selon ses explications. Quant au second, à compter de novembre 2016, d'autres causes étaient à son origine. Dans sa réplique du 4 mai 2017, la recourante argue qu'en fait l'arrêt de travail de novembre 2016 n'était pas dû à un épisode dépressif, mais à une fibromyalgie extrêmement handicapante. Ce n'est que du fait qu'elle avait rendez-vous avec sa psychiatre dans un proche avenir que c'est celle-ci qui a établi l'arrêt de travail. Dans les deux hypothèses, il appert que la cause de l'incapacité de travail existe bel et bien avant l'inscription de la recourante à l'OCE. Pour les atteintes à la santé rhumatismales, cela ressort tant de la demande de prestations de l'assurance-invalidité de la recourante que du certificat médical du Dr D_____ du 21 octobre 2016. Dans cette demande, la recourante indique qu'elle souffre de douleurs rhumatismales chroniques et d'une dépression, dans le cadre d'une fibromyalgie. Elle considère donc elle-même qu'elle présente une maladie durable. Aucune mention n'est faite d'un harcèlement professionnel ou d'un burn out. Le Dr D_____ confirme dans son certificat médical précité qu'il suit la recourante depuis avril 2013 et que celle-ci l'a recontacté à deux reprises en octobre 2016 en raison d'une exacerbation de ses douleurs « habituelles ». Il certifie de surcroît que

A/846/2017 - 7/9 - l'assurée souffre d'une maladie chronique susceptible d'entraîner de nouvelles exacerbations. Quant au trouble dépressif, il n'est certes pas attesté qu'il s'agisse d'un trouble dépressif récurrent. Néanmoins, les critères diagnostics pour un tel trouble selon la classification internationale des maladies de la dixième révision (CIM-10) sont réunis. En effet, selon celle-ci, 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). Or, la recourante était suivie en raison d'un trouble dépressif par la Dresse C_____ depuis juillet 2015, selon son certificat du 22 novembre 2015. Du 22 septembre 2015 au 30 avril 2016, elle était en incapacité de travail entre 50 et 100 %, soit pendant une durée de plus de sept mois. Par ailleurs, la rémission de ce trouble n'a duré que six mois, soit de mai à octobre 2016. Même si les facteurs déclencheurs de l'épisode dépressif en novembre 2016 ne sont pas identiques à ceux du précédent épisode, il n'en demeure pas moins que la recourante présente un trouble dépressif préexistant à son inscription au chômage et que les adversités de la vie, même de peu d'importance, sont susceptibles de provoquer une nouvelle décompensation, comme cela s'est produit en l'espèce. Il est à cet égard à relever qu'une partie de la doctrine médicale considère un patient comme 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). Par conséquent, les causes à l'origine de la période d'incapacité de travail dès le 1er novembre 2016, aussi bien pour le trouble dépressif que pour les douleurs rhumatismales, sont en l'espèce assurément antérieures à l'affiliation de la recourante à l'assurance perte de gain le 1er mai 2016, ce qui exclut le versement de PCM.

E. 9

Reste à examiner si la recourante peut se prévaloir d'un cas de rigueur. a. Lors de l'adoption de l'art. 13 LMC, le législateur n'a pas précisé les cas de rigueur (p. 12 du rapport de la Commission de l'économie, op.cit.). Comme la chambre de céans l'a relevé ci-dessus, selon les travaux préparatoires et le texte même de la loi, le législateur voulait instaurer une véritable assurance de perte de gain obligatoire et non pas donner automatiquement à la personne au chômage un droit aux prestations en cas d'incapacité de travail. Selon la pratique de l'OCE, confirmée par la chambre de céans, les cas de rigueur ne sont reconnus qu'aux femmes enceintes ou aux assurés se trouvant dans des situations très exceptionnelles, par exemple lorsqu'un assuré n'avait pas conscience de son incapacité de travail antérieure. Un cas de rigueur ne peut cependant être admis

A/846/2017 - 8/9 - pour tenir compte des difficultés financières d'un assuré en incapacité de travail (ATAS/1142/2014 du 5 novembre 2014 et ATAS/902/2014 du 19 août 2014). En effet, dans le cas contraire, un cas de rigueur devrait être admis presque systématiquement (ATAS/1142/2014 du 5 novembre 2014). b. Il découle de ce qui précède que, conformément à la pratique et à la jurisprudence précitées, un cas de rigueur ne peut pas être admis en l'occurrence en raison des difficultés financières de la recourante.

E. 10

Cela étant, la recourante ne remplit pas les conditions légales pour bénéficier des prestations cantonales en cas de maladie à compter du 1er novembre 2016.

E. 11

Le recours sera donc rejeté.

E. 12

La procédure est gratuite.

A/846/2017 - 9/9 - 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.