

GE_GERICHTE A/1079/2017 vom 13. Oktober 2016

GE Cour de justice, 2016-10-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1079_2017

FR: GE_GERICHTE A/1079/2017 du 13 octobre 2016

IT: GE_GERICHTE A/1079/2017 del 13 ottobre 2016

Erwägungen

E. 3

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à PLAN-LES-OUATES, représentée par la doctoresse B_____ (CENTRE MEDICAL C_____) recourante contre OFFICE CANTONAL DE L'EMPLOI, Service juridique, sis rue des Gares 16, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), s'est annoncée à l'Office cantonal de l'emploi (ci-après : l'OCE) et un délai-cadre d'indemnisation a été ouvert en sa faveur à compter du 18 août 2016.![endif]>![if> 2. Le 30 août 2016, lors d'un entretien de conseil, l'assurée a évoqué des douleurs aux genoux apparues suite à une chute sur son lieu de travail, en février 2016. Elle a indiqué avoir déjà passé des examens (scanner et radiographies).![endif]>![if> 3. Par certificats établis les 14 septembre, 6 octobre, 2 novembre, 19 novembre et 1^{er} décembre 2016, la doctoresse B_____, médecin traitant de l'assurée, a attesté d'une totale incapacité de travail de sa patiente pour cause de maladie à compter du 14 septembre 2016 et pour une durée indéterminée.![endif]>![if> 4. Des indemnités en cas de maladie ont été versées à l'assurée du 14 septembre au 13 octobre 2016 inclus. ![endif]>![if> 5. L'arrêt maladie persistant, son dossier auprès de l'OCE a été « annulé » le 14 octobre 2016.![endif]>![if> 6. Le 12 décembre 2016, le docteur D_____, médecin-conseil de l'OCE, a répondu par l'affirmative à la question de savoir si la pathologie justifiant la période d'incapacité de travail totale ayant débuté le 14 septembre 2016 était en lien avec la chute survenue en février 2016.![endif]>![if> 7. Par décision du 13 décembre 2016, le Service des prestations cantonales en cas de maladie (PCM) a donc nié à l'assurée le droit aux prestations cantonales en cas d'incapacité passagère de travail dès le 14 octobre 2016 et ce, pour toute la durée de son incapacité, dont il a considéré que les causes étaient survenues avant son affiliation à l'assurance et qu'elles étaient déjà connues d'elle.![endif]>![if> 8. Par courrier du 22 décembre 2016, le médecin traitant de l'intéressée a signalé que sa patiente, en arrêt maladie depuis le 14 septembre 2016, avait été victime d'une entorse de la cheville gauche en date du 25 novembre 2016.![endif]>![if> 9. Le 22 décembre 2016, l'assurée, par l'intermédiaire du docteur E_____, s'est opposée à la décision du 13 décembre 2016. Le Dr E_____ a évoqué l'accident du 25 novembre 2016, postérieur à l'inscription à l'OCE.![endif]>![if> 10. Par décision du 21 février 2017, l'OCE a confirmé celle du 13 décembre 2016. ![endif]>![if> L'OCE a constaté qu'il était établi et non contesté que l'incapacité totale de travail pour cause de maladie ayant débuté le 14 septembre 2016 relevait d'une pathologie antérieure à l'inscription de l'assurée à l'OCE. Dès lors, les causes de cet arrêt étaient survenues avant l'affiliation à l'assurance perte de gain relevant du Service des PCM, ce qui expliquait que le versement des prestations cantonales en cas de maladie soit exclu : la couverture ne pouvait porter sur un risque s'étant déjà produit. C'était dès lors à juste titre que le Service des PCM avait nié à l'assurée le droit aux prestations cantonales en cas d'incapacité passagère de travail dès le 14 octobre 2016. Quant à la nouvelle atteinte survenue le 25

novembre 2016, elle ne modifiait pas la situation, puisque, conformément aux dispositions légales en matière d'assurance- accidents, la couverture de l'intéressée avait pris fin le 13 novembre 2016 (c'est-à-dire le trente et unième jour suivant la fin de son droit à l'indemnité, le 13 octobre 2016). 11. Par courrier adressé le 16 mars 2017 à l'OCE, les Drs E_____ et B_____ ont expliqué que leur patiente avait été victime d'un premier accident le 1^{er} février 2016 - qui n'avait eu aucune conséquence en termes de capacité de travail -, d'un second, le 22 avril 2016 - qui avait entraîné une incapacité de travail de 100% du 22 avril au 6 mai 2016 puis de 50 % jusqu'au 14 juin 2016 -, qu'elle s'était ensuite annoncée au chômage le 18 août 2016 - alors qu'elle était en pleine possession de ses moyens - et n'avait été à nouveau en arrêt qu'à compter du 14 novembre (recte : septembre) 2016. Par la suite, le 25 novembre 2016, elle avait été victime d'un nouvel accident, lequel avait entraîné un arrêt de travail jusqu'au 12 mars 2017. Les médecins en tirent la conclusion que, puisque leur patiente était capable de travailler au moment de son inscription au chômage, les incapacités du 14 septembre 2016 et du 25 novembre 2016 ne devaient pas être mises en relation avec les accidents précédant son annonce au chômage. 12. Ce courrier a été transmis par l'OCE à la Cour de céans le 21 mars 2017 comme objet de sa compétence. 13. Par écriture du 13 mars 2017, l'assurée a confirmé donner pouvoir de représentation à ses deux médecins. 14. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 2 mai 2017, a conclu au rejet du recours. Il relève que le médecin traitant de l'assurée, questionné par le médecin-conseil sur le point de savoir si la pathologie ayant occasionné l'incapacité de travail à compter du 14 septembre 2016 était en lien avec la chute survenue en février 2016, a répondu par l'affirmative. Il souligne que le nouvel accident survenu en novembre 2016 ne remet pas en cause sa décision, puisqu'il est postérieur au refus de verser des prestations au-delà du 14 octobre 2016 et relève d'une problématique différente. 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), 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. 2. La LMC ne contenant aucune norme de renvoi, la LPGA n'est pas applicable (cf. art. 1^{er} et 2 LPGA). 3. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 49 al. 3 LMC et art. 89Ass de la loi de procédure administrative du 12 septembre 1985, LPA - E 5 10). 4. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'intimé de nier à la recourante le droit aux PCM à compter du 14 octobre 2016. 5. Au niveau fédéral, l'art. 28 al. 1 LACI prévoit que 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 30^{ème} jour suivant le début de l'incapacité totale ou partielle de travail et se limite à 44 indemnités journalières durant le délai-cadre. Au niveau cantonal, 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 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). À teneur de 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. 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). 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). 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 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).!

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. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; ATF 122 V 157 consid. 1d).!

10. En l'espèce, la recourante relève qu'elle était capable de travailler lorsqu'elle s'est annoncée à l'OCE. Elle en tire la conclusion que les arrêts de travail survenus postérieurement ne devraient pas suffire à nier son droit aux indemnités. Il n'en demeure pas moins qu'il est établi - et d'ailleurs non contesté par la recourante ou ses médecins - que l'incapacité débutée le 14 septembre 2016 était bel et bien en lien avec l'accident survenu en février de la même année, avant l'inscription de l'intéressée au chômage. Il en découle que les causes de l'incapacité de travail sont bien intervenues avant l'affiliation à l'assurance et qu'elles étaient connues de l'assurée, laquelle avait déjà passé des examens médicaux. C'est dès lors à juste titre que l'intimé a fait application de l'art. 13 LMC. Pour le reste, comme le fait remarquer l'OCE, conformément à l'art. 3 al. 3 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20), la couverture de la recourante du fait de l'assurance-chômage a pris fin le 13 novembre 2016. En effet, pour les personnes au chômage, l'assurance cesse de produire ses effets à la fin du 31 e jour suivant le jour où elles remplissent pour la dernière fois les conditions visées à l'art. 8 LACI ou perçoivent pour la dernière fois des indemnités en vertu de l'art. 29 LACI, en l'occurrence, le 13 octobre 2016. Dès lors, l'assurée n'était plus couverte au moment de son dernier accident, survenu le 25 novembre 2016. Le recours ne peut donc qu'être rejeté. 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.