

GE_GERICHTE A/140/2016 vom 8. Mai 2017

GE Cour de justice, 2017-05-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_140_2016

FR: GE_GERICHTE A/140/2016 du 8 mai 2017

IT: GE_GERICHTE A/140/2016 del 8 maggio 2017

Erwägungen

E. 9

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, représentée par le Syndicat UNIA 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 ou la recourante), ressortissante suisse, née le _____ 1965, a demandé des indemnités auprès de l'office cantonal de l'emploi (ci-après : l'OCE) le 9 juillet 2014, déclarant rechercher un emploi à plein temps. Un délai-cadre d'indemnisation a été ouvert en sa faveur de cette date au 8 juillet 2016.!

2. L'assurée a présenté à l'OCE et à la caisse cantonale genevoise de chômage (ci-après : la caisse) des certificats médicaux établis par la doctoresse B_____, psychiatre-psychothérapeute FMH, attestant d'un arrêt de travail à 100% dès le 12 mai 2015. Dès cette date et jusqu'au 10 juin 2015, elle a perçu les indemnités fédérales en cas de maladie, au sens de l'art. 28 LACI, puis son dossier a été transféré au service des prestations cantonales en matière de maladie (ci-après : le SPCM).!

3. Dans le cadre de l'instruction de son dossier par le SPCM, il a été constaté que l'assurée avait connu :!

- une incapacité de travail à 100% du 2 juillet 2013 au 18 juin 2014 attestée par le docteur C_____, psychiatre ;!

- une période d'incapacité de travail à 100% du 1 er juin 2011 au 29 janvier 2012 et à 50% du 30 janvier 2012 au 1 er avril 2012 (durant un délai-cadre d'indemnisation ayant couru du 1 er juillet 2010 au 30 juin 2012), attestée par le même médecin ;!

- une période d'incapacité de travail à 100% du 26 janvier au 26 mars 2006, puis à 50% du 27 mars 2006 au 11 septembre 2006 (durant le cadre d'un délai-cadre d'indemnisation ayant couru du 1 er juin 2005 au 31 mai 2007), attestée par la doctoresse D_____, spécialiste FMH psychiatrie-psychothérapie.!

4. Le 3 août 2015, le SPCM a demandé aux Drs C_____ et B_____ de transmettre à son médecin-conseil, le docteur E_____, les diagnostics précis ayant entraîné l'incapacité de travail de l'assurée du 2 juillet 2013 au 18 juin 2014 et dès le 12 mai 2015.!

5. Le même jour, le SPCM a demandé au Dr E_____ de déterminer, sur la base des informations médicales que lui transmettraient les Drs C_____ et B_____, si l'incapacité de travail de l'assurée du 2 juillet 2013 au 18 juin 2014 était en lien direct (suite ou rechute) avec son arrêt maladie ayant débuté le 12 mai 2015. Il précisait que l'assurée avait été licenciée de la banque F_____ le 21 juin 2013 avec effet au 31 juillet 2013 et que, très affectée par son licenciement, elle avait été en arrêt maladie du 2 juillet 2013 au 18 juin 2014 et suivie par le Dr C_____. Elle s'était inscrite au chômage le 9 juillet 2014 et un délai-cadre avait été ouvert jusqu'au 8 juillet 2016. Son solde actuel d'indemnités de chômage était de 26 jours et, en cas de prise en charge par le SPCM, elle pourrait prétendre à 260 jours d'indemnités maladie. L'assurée avait déjà bénéficié d'un délai-cadre du 1 er juillet 2010 au 30 juin 2012, période pendant laquelle elle avait touché des prestations cantonales en matière de maladie

(ci-après : PCM) durant neuf mois (du 1^{er} juillet 2011 au 31 mars 2012). Le Dr E _____ avait déjà reçu l'assurée en consultation le 18 novembre 2011.![endif]>![if> 6. La Dresse G _____ a informé le Dr E _____, le 11 août 2015, que le diagnostic qui entraînait l'incapacité de travail de la patiente dès le 12 mai 2015 correspondait à un trouble de l'adaptation (réaction mixte, anxieuse et dépressive – CIM-10 : F 43.22).![endif]>![if> 7. Le 13 août 2015, le Dr E _____ a répondu au SPCM, en indiquant à la main sur le courrier que celui-ci lui avait adressé, qu'il s'agissait de la suite de la même affection, sans autre commentaire.![endif]>![if> 8. Le SPCM a, par décision du 13 août 2015, nié le droit de l'assurée aux prestations cantonales en cas d'incapacité passagère de travail dès le 11 juin 2015 pour toute la durée de son incapacité de travail actuelle, car les causes de son incapacité étaient intervenues avant son affiliation à l'assurance-chômage (art. 13 de la loi en matière de chômage du 11 novembre 1983; LMC – RS J 2 20).![endif]>![if> 9. L'assurée a formé opposition à la décision précitée par courrier reçu le 16 septembre 2015 par l'OCE. Elle concluait à l'annulation de la décision et, subsidiairement, à sa suspension dans l'attente de documents requis. Elle avait recouvré sa santé après une première incapacité de travail, qui était intervenue à la suite de son licenciement de la banque F _____ et qui avait duré du 2 juillet 2013 au 18 juin 2014. Elle s'était inscrite au chômage le 9 juillet 2014 et pleinement conformée aux prescriptions de cette assurance jusqu'au 12 mai 2015, date à laquelle elle avait à nouveau été en incapacité de travail. Le Dr C _____ avait fait part de son diagnostic au Dr E _____, sans garder de copie de son courrier, de sorte qu'elle n'était pas en mesure de fournir cette pièce. Afin de disposer de l'ensemble des pièces du dossier, elle avait contacté téléphoniquement le Dr E _____ le 3 septembre 2015 pour obtenir la copie du diagnostic transmis par le Dr C _____ ainsi que du rapport d'expertise sur lequel il s'était basé pour juger que les deux affections étaient similaires. Le Dr E _____ lui avait répondu ne pas être en mesure de répondre à sa demande, car il ne conservait pas les dossiers. Cette manière de faire était pour le moins légère sur le plan médical et constituait, en outre, dans le cadre de la présente voie de droit, une sérieuse obstruction. Il était impossible, dans ces circonstances, à la Dresse B _____ d'établir une contre-expertise sur la nature similaire ou non des deux affections, sans que cela ne puisse lui être imputé d'une quelconque manière.![endif]>![if> Au vu des erreurs de procédure ayant entraîné la décision du 13 août 2015, il se justifiait de l'annuler. Subsidiairement, l'assurée demandait une nouvelle expertise. Elle relevait encore n'avoir pas été examinée personnellement par le Dr E _____. À l'appui, de son opposition, l'assurée a transmis copie d'un courrier qu'elle avait adressé au Dr E _____ le 12 septembre 2015, informant ce dernier qu'elle avait bien noté qu'il n'avait gardé aucune copie de son dossier et qu'ils n'avaient pas eu d'entretien. 10. Le 12 novembre 2015, le SPCM a informé l'assurée qu'il maintenait sa décision. Dans le contexte de l'octroi ou de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartenait à la partie qui l'invoquait entraînait seulement en considération s'il n'était pas possible d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui, au degré de vraisemblance prépondérante, correspondait à la réalité. Ses longues périodes d'incapacité successives, attestées par un médecin-psychiatre, apportaient sans nul doute ce degré de vraisemblance, sans qu'il soit nécessaire de recourir à une expertise médicale supplémentaire, cela même si le Dr C _____ n'était pas en mesure de fournir une copie des renseignements médicaux qu'il avait adressés au Dr E _____, qui n'était pas non plus en mesure de produire les renseignements médicaux l'ayant amené à son appréciation. ![endif]>![if> Étaient notamment annexés à cette décision : - un certificat médical établi par le Dr C _____

le 7 juin 2011 attestant d'une incapacité de travail de l'assurée à 100% du 1^{er} au 30 juin 2011 ;

un avis médical du 18 novembre 2011 relatif à l'assurée, par lequel le Dr E_____ attestait avoir vu celle-ci le jour-même et que son incapacité de travail était temporaire, d'une durée probable de deux semaines ;

11. Par décision sur opposition du 27 novembre 2015, l'OCE a rejeté l'opposition de l'assurée et confirmé la décision du SPCM du 13 août 2015. Il était établi que l'intéressée avait connu, avant son inscription à l'OCE du 9 juillet 2014, une incapacité de travail à 100% du 2 juillet 2013 au 18 juin 2014. Elle avait à nouveau présenté une incapacité de travail à 100% dès le 12 mai 2015. Sur la base des renseignements médicaux fournis par les deux médecins-traitants concernés, le médecin-conseil de l'OCE avait indiqué que l'incapacité de travail dès le 12 mai 2015 était la suite l'affection qui avait été la cause de son incapacité de travail précédente. Dans un tel cas, le versement des PCM était exclu. Le médecin-conseil de l'OCE n'était malheureusement pas en mesure de fournir une copie des renseignements médicaux qui lui avaient été communiqués par le Dr C_____, ni de produire ceux qui l'avaient amené à son appréciation. En cas de divergence entre le médecin-traitant et le médecin-conseil de l'OCE, l'avis de ce dernier prévalait. Au surplus, il était relevé que l'assurée pouvait elle-même demander à son ancien psychiatre de lui transmettre une copie des renseignements fournis à son sujet au médecin-conseil.

Enfin, il convenait d'examiner si l'affiliation de l'assurée devait être assimilée à un cas de rigueur au sens de l'art. 13 phr. 2 LMC. Ni le texte de la loi ni son règlement d'application ne définissaient cette notion. L'analyse des travaux préparatoires de la LMC ainsi que l'exposé des motifs ne fournissaient pas davantage de précisions sur cette question. Il était toutefois manifeste que le législateur cantonal avait voulu exclure de la prise en charge par le SPCM tous les cas dans lesquels il pouvait être précisément déterminé que l'incapacité de travail était survenue à une date antérieure à l'affiliation à l'assurance cantonale ou en était une rechute. Dès lors, force était de déduire que la notion de cas de rigueur au sens de l'art. 13 phr. 2 LMC ne pouvait comprendre que des situations où il n'était pas possible d'établir clairement la date du début de l'incapacité de travail ou celles pour lesquelles les avis médicaux divergeaient quant à sa survenance. L'on ne pouvait dès lors accorder à l'assurée le bénéfice de l'exception au principe contenu dans l'art. 13 LMC. C'était donc à juste titre que le SPCM lui avait nié le droit aux PCM. S'agissant de la demande d'organiser une nouvelle expertise, l'assurée était invitée à s'adresser directement au SPCM.

12. L'assurée a recouru le 13 janvier 2016 contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, concluant, préalablement, à ce qu'il soit ordonné à l'OCE de produire le rapport complet établi par le Dr E_____, d'ouvrir des enquêtes et d'ordonner une expertise médicale neutre et, au besoin, l'audition des Drs C_____, B_____ et E_____. Elle concluait, principalement, à l'annulation de la décision sur opposition et à ce qu'il soit dit qu'elle avait droit aux PCM dès le 11 juin 2015 et pour une durée indéterminée, sous suite de frais et dépens. L'incapacité de travail survenue entre le 12 mai et le 31 août 2015 n'avait absolument pas la même origine que celle survenue entre le 2 juillet 2013 et le 18 juin 2014. En désaccord avec les conclusions du médecin-conseil de l'OCE, la recourante avait fait tout ce qui était en son pouvoir, conformément à son obligation de collaborer, pour contester l'expertise du Dr E_____. Un concours de circonstances aussi étrange que malheureux ne lui avait pas permis d'obtenir les documents médicaux pertinents la concernant. Seule la Dresse B_____ avait transmis son diagnostic au Dr E_____. Conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral, les preuves devaient être apportées par les parties, dans la limite de ce qui pouvait raisonnablement être exigé

d'elles. Dès lors, il ne pouvait lui être fait grief de n'avoir pas apporté la preuve de l'inconsistance des conclusions du Dr E_____. À plus forte raison, elle n'avait pas à supporter les conséquences de cette absence de preuve. La situation devait donc être rétablie pour lui permettre de contester à armes égales la décision de l'OCE. Il lui était impossible de développer une argumentation juridique basée sur l'expertise du Dr E_____ et le diagnostic du Dr C_____, qui étaient introuvables.!

13. L'intimé a persisté dans sa décision du 27 novembre 2015 et informé la chambre de céans qu'il ne s'opposait pas à l'audition des Drs E_____, C_____ et B_____.!

14. La recourante a persisté dans ses conclusions le 7 mars 2016.!

15. Elle a déclaré à la chambre de céans, lors d'une audience du 12 décembre 2016, qu'elle confirmait son recours. Sa période d'incapacité de travail du 1^{er} juin 2011 au 1^{er} avril 2012 était liée à une fatigue due à un fort asthme dont elle souffrait depuis des années et pour lequel elle était suivie, depuis 1999, par le docteur H_____. Elle avait été traitée pendant la même période par le Dr C_____, en raison de la restructuration de son précédent poste. Elle vivait alors un stress très fort sur le terrain un peu fragile de l'asthme. Elle se souvenait avoir vu le Dr E_____ en 2011, pendant un quart d'heure environ; il lui avait recommandé de retourner sur le marché du travail. Elle avait été engagée par F_____ dès septembre 2012, sauf erreur. Il y avait eu des changements drastiques dans l'organisation du département et la masse sous gestion avait triplé alors qu'ils étaient en sous-effectif dès le 1^{er} janvier 2013. Avec une pression de plus en plus grande, elle n'avait pas pu atteindre les objectifs et avait été licenciée en juin 2013. Elle s'était ensuite retrouvée en burn-out en raison de la surcharge de travail des mois précédents. Elle avait alors revu le Dr C_____, qu'elle n'avait plus consulté depuis l'été 2012. Son incapacité de travail avait duré jusqu'au 18 juin 2014. Elle s'était inscrite au chômage au mois de juillet suivant pour un emploi à 100%. Elle avait à nouveau été en arrêt de travail dès le 12 mai 2015. À cette période, elle était très fatiguée et apathique, raison pour laquelle elle avait consulté la Dre B_____, avec laquelle elle avait commencé une thérapie « mindfulness », sur la recommandation du Dr C_____. Elle manquait également de fer et d'iode pour la thyroïde, ce que le Dr H_____ pourrait confirmer. !

La recourante estimait que les causes de son incapacité de travail en mai 2015 n'étaient pas les mêmes que lors de sa précédente incapacité de travail, qui était motivée par un traumatisme. En 2015, elle n'était pas dans une situation de grand stress au travail. À son souvenir, le Dr C_____ avait diagnostiqué en juillet 2013 un burn-out, ce qui ne correspondait pas au diagnostic posé par la Dre B_____. 16. Le 22 décembre 2016, la chambre de céans a demandé au Dr C_____ si les deux incapacités de travail de l'assurée en cause étaient liées à la même affection, en précisant le diagnostic posé par la Dre B_____ en lien avec l'incapacité de travail de l'assurée dès le 12 mai 2015.!

17. Le 25 janvier 2017, le Dr C_____ a répondu que, pour la période du 1^{er} juillet au 18 juin 2014, les diagnostics retenus étaient un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, et un trouble mixte de la personnalité. De son point de vue, la nouvelle incapacité de l'intéressée dès le 12 mai 2015 était probablement la suite de la même affection, puisqu'elle était chronicisée et que les problèmes anciens n'avaient probablement pas trouvé de solutions nouvelles et ceci, bien que l'intéressée recherchait des moyens pour y parvenir comme la technique de pleine conscience ou au travers de ses études de psychologie.!

18. Le 13 février 2017, l'intimé a persisté dans les termes de sa décision.!

19. Le 17 février 2017, la recourante a observé que les diagnostics retenus pour la période de son incapacité de travail du 1^{er} juillet 2013 au 18 juin 2014, qui avaient été traités par le Dr C_____ ne

correspondaient pas à ceux retenus par la Dresse B_____ pour la période litigieuse. Même si les deux périodes de maladie concernaient des affections psychologiques, il apparaissait clairement que celles-ci étaient différentes. Le Dr C_____ ne l'avait pas suivie lors de son incapacité de travail du 12 mai au 31 août 2015 et n'était dès lors pas en mesure d'établir l'origine de cette période d'incapacité de travail.!

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 1^{er} 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 LMC, 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 s'agissant des PCM (cf. art. 1^{er} et 2 LPGA).!

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

E. 12

septembre 1985, LPA – E 5 10).!

Le litige porte sur le droit de la recourante au versement de PCM, et plus particulièrement sur la question de savoir si la cause de son incapacité de travail dès le 12 mai 2015 est antérieure à son inscription au chômage du 9 juillet 2014.!

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). À teneur de l'al. 1 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 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. 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. 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 du Tribunal fédéral 8C_864/2012 du 26 février 2013 consid. 3). 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). 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 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, que les autres assurances n'acceptaient pas les personnes déjà malades et que 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'État 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).

6. a. Sur le plan fédéral, l'art. 28 al. 5 LACI prévoit que le chômeur doit apporter la preuve de son incapacité ou de sa capacité de travail en produisant un certificat médical. L'autorité cantonale ou la caisse peut toujours ordonner, aux frais de l'assurance, un examen médical par un médecin-conseil. Par certificat médical, il faut entendre toute constatation écrite relevant de la science médicale et se rapportant à l'état de santé d'une personne, singulièrement à sa capacité de travail (arrêt du Tribunal fédéral 4C.156/2005 consid. 3.5.2). Si la force probante d'un tel document n'est pas absolue, la mise en doute de sa véracité suppose, néanmoins, des raisons sérieuses. Ainsi, en cas de doute sur la réalité de l'incapacité de travail du recourant, l'administration doit procéder à des investigations complémentaires, conformément au principe inquisitoire (arrêts du Tribunal fédéral 8C_841/2009 du 22 décembre 2009, consid. 5.1, C 220/03 du 29 juin 2004 consid. 3.3 et C 322/01 du 12 avril 2002), par exemple en demandant au requérant de fournir une attestation médicale détaillée et dûment motivée ou sous la forme d'une audition du médecin (arrêt du Tribunal fédéral C 322/01 du 12 avril 2002). b. Sur le plan cantonal, l'art. 14A LMC prescrit que l'assuré doit apporter la preuve de son incapacité de travail en produisant, chaque mois, un certificat médical original à l'autorité compétente au plus tard le 5 du mois suivant ou le premier jour ouvrable qui suit cette date (al. 3). Il est également tenu d'autoriser dans des cas particuliers toutes les personnes ou institutions, notamment les employeurs, les médecins, les assurances et organes officiels, à fournir des renseignements, pour autant que ceux-ci soient nécessaires pour établir le droit aux prestations. Les renseignements de nature médicale ne peuvent être transmis qu'aux médecins conseil (al.

2). Par ailleurs, selon l'art. 16 du règlement d'exécution de la loi en matière de chômage du 23 janvier 2008 (RMC - J 2 20.01), l'autorité compétente peut ordonner un examen médical du requérant par un médecin-conseil. Dans la règle, un examen est ordonné après trois mois de versement de prestations cantonales (art. 16 al. 1 RMC). En cas de divergence entre les médecins traitants et le médecin-conseil de l'office, l'avis de ce dernier prévaut (al. 4).

7. a. 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).

b. 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).

8. En l'espèce, il ressort des pièces à la procédure que l'incapacité de travail de l'assurée du 2 juillet 2013 au 18 juin 2014 était due à un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger et à un trouble mixte de la personnalité. S'agissant de l'incapacité de travail dès le 12 mai 2015, elle était due à un trouble de l'adaptation (réaction mixte, anxieuse et dépressive). S'il faut convenir que les diagnostics posés ne sont pas les mêmes, il n'en reste pas moins que le Dr C_____, dûment informé du diagnostic posé par la Dresse B_____, a indiqué qu'il s'agissait probablement de la même affection qui était chronicisée, ce qui correspond à l'appréciation du Dr E_____. S'il est regrettable que ce dernier n'ait pas conservé les pièces sur lesquelles il a fondé son appréciation du 13 août 2015, cette dernière n'est pas dénuée de toute force probante. Dans la mesure où cette appréciation a été confirmée par le Dr C_____, il doit être considéré comme établi, avec le degré de vraisemblance prépondérant requis, que la cause de l'incapacité de travail de la recourante existait déjà avant son inscription à l'OCE du 9 juillet 2014, ce d'autant plus que les deux incapacités de travail sont relativement rapprochées dans le temps. Le fait que le Dr C_____ n'ait pas examiné lui-même l'assurée lors de son incapacité de travail du 12 mai 2015 n'est pas déterminant, dès lors qu'il a eu connaissance du diagnostic posé par la Dresse B_____ et qu'il connaissait relativement bien l'assurée, l'ayant suivie entre 2011 et 2014. Il faut enfin relever que cette dernière, bien qu'ayant reçu l'avis médical du Dr C_____ à la fin du mois de janvier 2017, n'a pas produit, à l'appui de ses observations du 17 février 2017, d'avis médical de la Dresse B_____ remettant en cause les conclusions des Drs C_____ et E_____, comme elle avait indiqué vouloir le faire.

9. Il convient encore de déterminer si la recourante peut se prévaloir d'un cas de rigueur au sens de l'art. 13 LMC.

a. Lors de l'adoption de cette disposition, 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 et dans son ATAS/1142/2014 du 5 novembre 2014, selon les travaux préparatoires et le texte même de la loi, le législateur voulait d'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 sont reconnus 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 en particulier être admis 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. En l'espèce, il n'y a pas lieu de s'écarter de l'interprétation restrictive des cas de rigueur par l'OCE et par la chambre de céans, celle-ci correspondant à l'esprit de la loi et à la conception d'une assurance perte de gain. La situation de la recourante ne correspond pas aux cas exceptionnels dans lesquels un cas de rigueur peut être admis. 10. Les conditions d'octroi des PCM, au sens de l'art. 13 LMC n'étant pas remplies, c'est à juste titre que l'OCE a confirmé la décision du SPCM les refusant à l'assurée. 11. Le recours sera donc rejeté. 12. La procédure est gratuite. 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.