

GE_GERICHTE A/3146/2018 vom 26. November 2019

GE Cour de justice, 2019-11-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3146_2018

FR: GE_GERICHTE A/3146/2018 du 26 novembre 2019

IT: GE_GERICHTE A/3146/2018 del 26 novembre 2019

Erwägungen

E. 2

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à GENÈVE recourante contre OFFICE CANTONAL DE L'EMPLOI, sis rue des Gares 16, GENÈVE intimé EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1968, domiciliée dans le canton de Genève, engagée comme adjointe de direction au sein des B_____ (ci-après : B_____) dès le 1^{er} novembre 2007, a été promue dès le 1^{er} septembre 2010 directrice au sein de la direction des projets et de la qualité des B_____. L'assurée a été en arrêt de travail pour des raisons médicales du 25 avril 2016 au 27 octobre 2017, date à partir de laquelle son médecin, le docteur C_____, lui a reconnu, le 20 octobre 2017, une capacité de travail de 50 %. 2. Ses relations de travail prenant fin le 31 octobre 2017, l'assurée s'est rendue à l'office cantonal de l'emploi (ci-après : OCE) en vue de s'inscrire au chômage, le 3 octobre 2017. Elle y a été reçue à l'Espace accueil et inscription par Monsieur D_____, commis administratif, qui - prenant note qu'elle était sous certificat médical alors sans reprise prévue - l'a invitée à repasser au plus tard le 1^{er} novembre 2017 avec un certificat médical d'incapacité de travail pour le mois de novembre 2017 ou un certificat de reprise même partielle de travail. L'assurée, munie d'un certificat médical lui reconnaissant une capacité de travail de 50 % dès le 28 octobre 2017, s'est inscrite au chômage le 23 octobre 2017, à la recherche d'un emploi à plein temps comme directrice. Un dossier de candidature provisoire a été ouvert à son nom auprès de l'OCE. 3. Le 1^{er} novembre 2017, l'assurée a présenté une demande d'indemnité de chômage auprès de la caisse cantonale genevoise de chômage (ci-après : CCGCh). 4. En date du 27 novembre 2017, la CCGCh a demandé à l'OCE de se déterminer sur son aptitude au placement, en relevant que durant les deux ans ayant précédé son inscription, soit du 1^{er} novembre 2015 au 31 octobre 2017, elle avait été en totale incapacité de travail durant 18 mois et 7 jours, soit du 25 avril 2016 au 31 octobre 2017, et qu'elle avait indiqué ne pas pouvoir reprendre une activité salariée à 100 % en raison de ses problèmes de santé et particulièrement de son suivi médical (impliquant de nombreux rendez-vous médicaux, dont trois à quatre séances de physiothérapie). La CCGCh indiquait aussi que l'assurée avait déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI). Parallèlement, la CCGCh a informé l'assurée qu'aucune indemnité de chômage ne pouvait lui être versée en attendant la décision de l'OCE. 5. Les 2 novembre et 8 décembre 2017, l'assurée a eu des entretiens de conseil avec son conseiller en personnel auprès de l'office régional de placement (ci-après : ORP), Monsieur E_____. 6. Interrogée par l'OCE sur sa situation, l'assurée a indiqué, le 8 décembre 2017, que sa capacité de travail était alors de 50 % à cause d'une situation extrêmement délicate avec son précédent employeur mais serait prochainement entière, qu'elle n'avait pas déposé de demande de prestations de l'AI et qu'elle avait effectué des recherches personnelles d'emploi dès que son état de santé le lui avait permis. Elle a produit, le 11 décembre 2017, un certificat médical du Dr C_____ daté

du 22 novembre 2017 attestant de son incapacité de travailler à un taux de 50 % du 27 novembre au 27 décembre 2017. Le 20 décembre 2017, elle a remis à l'OCE un certificat médical du Dr C_____ du même jour attestant que sa capacité de travail était désormais entière. 7. Par décision du 22 décembre 2017, l'OCE a déclaré l'assurée apte au placement depuis le 1^{er} novembre 2017, à raison d'une disponibilité à l'emploi de 100 %, dans le sens des considérants, à teneur desquels l'assurée présentait une capacité objective de travail pour un taux de 100 % et était, lors de son inscription à l'OCE, le 1^{er} novembre 2017, sous le coup d'une incapacité de travail passagère au sens de l'art. 28 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité du 25 juin 1982 (LACI - RS 837.0). 8. Le 2 février 2018, ayant versé à l'assurée les indemnités de chômage lui étant dues pour la période du 1^{er} au 30 novembre 2017 en application de l'art. 28 al. 1 LACI, la CCGCh a transmis son dossier au service des prestations cantonales en cas de maladie de l'OCE pour examen de son droit à des prestations cantonales en cas d'incapacité passagère de travail (ci-après : PCM). 9. Par décision du 19 février 2018, déclarée exécutoire nonobstant opposition, le service des PCM de l'OCE a nié le droit de l'assurée à des PCM du 1^{er} au 19 décembre 2017, pour le motif que les causes de son incapacité de travail durant ladite période étaient survenues avant son affiliation à l'assurance. 10. Le 16 mars 2018, l'assurée a formé opposition à l'encontre de cette décision. Premièrement, lors des démarches qu'elle avait faites auprès de l'OCE en vue de s'inscrire au chômage, elle avait demandé à ses interlocuteurs s'il lui fallait prendre une assurance maladie et accidents car elle ne connaissait pas encore la date à laquelle ses traitements alors en cours prendraient fin et, pour la perte de gain, elle n'avait pas pu passer d'une assurance collective à une assurance individuelle (son précédent employeur étant à cet égard en auto-financement), et il lui avait été répondu à trois reprises qu'elle n'avait pas à le faire parce que, dans le canton de Genève, elle serait couverte pendant son incapacité de travail. En second lieu, si elle avait été atteinte d'une maladie de longue durée ayant nécessité des adaptations de traitements dans le temps, son incapacité de travail partielle avait été liée à diverses affections, en particulier en novembre et décembre 2017 pour des douleurs et affections aiguës distinctes de la cause initiale de sa longue maladie, ayant nécessité la mise en place d'un plan de traitements intenses avec plusieurs séances hebdomadaires s'étant rajoutées aux traitements qu'elle avaient suivis les mois précédents. Elle était disposée à transmettre tous les éléments médicaux à un médecin conseil. 11. L'OCE a alors décidé de soumettre l'assurée à une expertise auprès de son médecin-conseil, le docteur F_____, qui l'a reçue à son cabinet le 30 avril 2018 sans l'ausculter, après avoir obtenu un rapport du 25 avril 2018 de chacun de ses deux médecins, soit du Dr C_____ et du docteur G_____, psychiatre-psychothérapeute. Le 7 mai 2018, le Dr F_____ a établi un préavis médical répondant comme suit à la question de savoir si l'incapacité de travail de l'assurée « depuis son inscription à l'assurance-chômage et surtout dès le 1^{er} décembre 2017 » était due à une nouvelle pathologie, distincte de ses incapacités antérieures : l'assurée avait eu des incapacités de travail « avant le 1^{er} nov. » de 100 % depuis le 25 avril 2016, 50 % depuis le 27 octobre 2017 et 0 % dès le 20 décembre 2017, et elle avait eu une « nouvelle pathologie = distincte » de celles ayant causé lesdites incapacités de travail « avant le 1^{er} nov. », nouvelle pathologie qui s'était empirée dès septembre-octobre 2017 et avait nécessité un arrêt de travail du 27 novembre au 20 décembre 2017. 12. L'OCE a demandé à l'assurée, le 22 mai 2018, de lui communiquer l'identité des collaborateurs qui lui avaient le cas échéant donné des informations et / ou assurances concernant sa couverture maladie et accident dans le cadre de l'assurance-chômage, ainsi que la teneur

exacte desdites informations, avec la précision des dates et heures auxquelles celles-ci lui avaient été communiquées. 13. Par courrier du 15 juin 2018, l'assurée a fourni à l'OCE les indications résumées ci-après : - le 2 octobre 2017, après plusieurs heures d'attente, la personne au guichet de l'ORP ayant pour initiales « H _____ » lui avait remis un avis de passage l'invitant à se représenter dans les 24 heures et, en réponse à sa question liée au fait qu'elle était alors en arrêt maladie, lui avait dit qu'il y avait une prise en charge des chômeurs en cas de maladie et que son conseiller en personnel lui en dirait plus à ce sujet ; - le 3 octobre 2017, après plusieurs heures d'attente, M. D _____ lui avait dit de ne pas s'inquiéter car il y avait une prise en charge en cas de maladie dans le canton de Genève, que lors de son inscription (qui ne pouvait être faite avant le 23 octobre 2017), il lui faudrait se présenter avec un certificat médical à jour et que la caisse de chômage lui expliquerait tout ; - le 23 octobre 2017, son interlocuteur (répondant peut-être aux initiales « I _____ »), ayant pris connaissance des mentions figurant sur l'avis de passage du 3 octobre 2017, lui avait dit « globalement les mêmes choses sur la prise en charge en terme de maladie » et que son conseiller en personnel et la caisse de chômage lui expliqueraient tout ce qui lui faudrait faire ; - le 26 octobre 2017, son interlocutrice (dont elle signalait une signature illisible apposée sur une pièce du dossier) avait surligné, sur la liste des documents à remettre, l'hypothèse de l'incapacité en cas de maladie ; - le 2 novembre 2017, M. E _____, son conseiller en personnel, lui avait dit que la question de la prise en charge en cas de maladie ne dépendait pas de lui et devait être vue avec la caisse de chômage ; - le 10 novembre 2017, à la CCGCh, le monsieur l'ayant reçue (qu'elle avait identifié comme étant Monsieur J _____) lui avait demandé si elle avait une assurance perte de gain, notamment via son ancien employeur, ce à quoi elle avait répondu « non », et il lui avait dit qu'elle n'avait pas à prendre une assurance car il y avait dans le canton de Genève une prise en charge, à propos de laquelle il était allé prendre un renseignement pour vérification auprès d'un collègue (qu'elle n'avait pu identifier), qui était venu lui préciser qu'il y avait une prise en charge par la caisse de chômage puis, au bout d'un certain temps, par « un service spécial de l'État de Genève » ; - le 21 novembre 2017, lendemain de la réception d'une attestation de fin d'indemnisation de l'assurance perte de gain et d'une demande de production de documents, Mme K _____, gestionnaire auprès de la CCGCh, lui avait dit par téléphone que c'était pour déterminer ses droits que cette demande lui était faite ; - le 23 novembre 2017, lors d'un téléphone que Mme K _____ lui avait fait à réception des documents demandés, elle avait précisé à cette dernière qu'elle avait des problèmes aigus indépendants de sa cause initiale d'arrêt de travail et que le taux de 50 % était justifié par le nombre de séances qu'elle avait pour se soigner, ce à quoi Mme K _____ avait répondu qu'il y avait une « prise en charge maladie », que son dossier était à l'étude, que ses « droits [seraient] décidés par un service » et qu'on lui dirait ce qu'il en serait à ce moment-là ; - le 27 novembre 2017, la CCGCh lui avait écrit qu'elle devait suspendre le versement des indemnités de chômage en attendant que l'OCE ait statué sur son aptitude au placement ; - le 5 décembre 2017, l'OCE lui avait demandé des renseignements sur sa « situation maladie » ; - le 22 décembre 2017, l'OCE avait admis son aptitude au placement et son droit aux indemnités de chômage ; - le 2 février 2018, la CCGCh lui avait demandé de remplir une demande de PCM. 14. À la suite de questions que l'OCE leur ont posées sur les informations ou assurances qu'elles avaient le cas échéant données à l'assurée sur l'octroi de PCM dans sa situation, les personnes suivantes ont fourni, par courriel, les réponses résumées ci-après : - le 2 juillet 2018, M. D _____ a remis les deux avis de passage de l'assurée à l'ORP les 3 et 23 octobre 2017, et indiqué qu'à l'Espace

accueil et inscription de l'OCE ils n'entraient « pas en matière dans les cas concernant les PCM » ; - le 3 juillet 2018, M. L_____, chef de section auprès de la CCGCh, a précisé que l'auxiliaire J_____ avait quitté récemment la CCGCh et que lui-même avait eu l'assurée au téléphone, et qu'usuellement lorsqu'ils informaient un assuré de la suite à venir après épuisement du droit aux indemnités journalières visées par l'art. 28 al. 1 LACI ils ne confirmaient pas l'octroi de PCM mais annonçaient que le service des PCM était compétent pour statuer à ce sujet ; en aucun cas ils ne donnaient l'assurance d'un droit à des PCM ; - le 10 juillet 2018, M. E_____ a indiqué les réponses qu'il donnait usuellement concernant les indemnités de chômage et les PCM lorsqu'un assuré lui disait qu'il était en arrêt pour cause de maladie, en particulier qu'en cas de rechute d'une maladie antérieure à l'inscription au chômage il y avait risque de ne pas percevoir de PCM après l'épuisement du droit aux indemnités de chômage et que, notamment en cas de doute, il y avait lieu de poser la question à l'organe de paiement, généralement la caisse de chômage ; - le 12 juillet 2018, Mme K_____ a indiqué ne pas penser avoir dit à l'assurée que son cas serait repris par les PCM, du fait que sa maladie était déjà existante avant son inscription au chômage, d'autant plus qu'elle avait soumis le cas au service juridique « pour le 50 % dû à son incapacité prolongée ». 15. Par décision sur opposition du 20 juillet 2018, l'OCE a rejeté l'opposition de l'assurée et confirmé la décision du service des PCM du 19 février 2018 lui niant le droit à des PCM pour la période du 1^{er} au 19 décembre 2017. Si l'assurée avait exposé sa situation à des collaborateurs de l'OCE et de la CCGCh et avait reçu de leur part des informations sur l'indemnisation prévue en cas de maladie notamment par la LACI, il n'était pas établi qu'elle avait reçu l'assurance formelle qu'elle bénéficierait de l'indemnisation complémentaire cantonale avant que son cas ne soit examiné de façon détaillée par le service des PCM. La législation cantonale avait repris le principe général voulant qu'une assurance ne prenne pas en charge un risque s'étant déjà produit ; il ressortait du préavis du médecin-conseil de l'assurance chômage du 7 mai 2018 que toutes les causes de l'incapacité de travail de l'assurée étaient intervenues avant son affiliation auprès de l'assurance cantonale, notamment la dernière d'entre elles, distincte des premières, qui avait justifié un arrêt de travail du 27 novembre au 20 (recte : 19) décembre 2017. Il n'y avait pas cas de rigueur. 16. Par acte du 13 septembre 2018, l'assurée a recouru contre cette décision sur opposition par-devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : CJCAS). Lors d'une visite médicale du 22 novembre 2017 pour un bilan sur ses précédentes affections, son médecin avait constaté une nouvelle affection nécessitant un arrêt de travail à 50 % prévu jusqu'au 27 décembre 2017 mais n'ayant duré finalement que jusqu'au 19 décembre 2017, ledit médecin ayant pu attester de sa pleine capacité de travail dès le 20 décembre 2017. Lors de l'examen médical, le Dr F_____ avait bien différencié les causes de ses incapacités de travail, et, d'après son assistante (qu'elle avait contactée par téléphone), il suggérait que l'assurée repasse une expertise. La nouvelle pathologie n'était pas apparue en septembre 2017, mais après son inscription au chômage ; par un certificat médical du 11 septembre 2018, le Dr C_____ affirmait avoir constaté, le 22 novembre 2017, une nouvelle pathologie (soit une épicondylite droite, d'après la version non caviardée dudit certificat transmise à la CJCAS le 11 juillet 2019), qui avait justifié un arrêt de travail du 27 novembre au 19 décembre 2017, et le physiothérapeute M_____, qui avait « réalisé une partie du traitement pour cette nouvelle affection », confirmait l'avoir traitée pour cette pathologie (une épicondylite du coude droit, d'après la version non caviardée de son certificat transmise à la CJCAS le 11 juillet 2019) du 27 novembre au 28 décembre 2017. L'assurée avait toujours transmis tous les documents aux autorités de

chômage et leur avait expliqué sa situation ; les renseignements qu'elle avait reçus de leur part les mois précédents étaient généraux, parfois différents d'un interlocuteur à l'autre, très rarement adaptés aux situations particulières. En résumé et conclusion, l'assurée avait cumulé plusieurs affections sur une période de quelques mois, mais la cause de son dernier arrêt de travail, bien distincte des autres, était apparue après son inscription à l'assurance chômage. Elle concluait à la révision de la décision attaquée sur la base d'une deuxième visite auprès du médecin-conseil de l'assurance chômage et des deux pièces médicales précitées jointes à son recours. 17. Le 11 octobre 2018, l'OCE a conclu au rejet du recours. Il ressortait clairement du préavis du 7 mai 2018 du Dr F_____ que l'assurée avait certes souffert de deux pathologies distinctes, mais toutes deux avaient débuté avant son inscription au chômage ; une nouvelle expertise n'était pas nécessaire. 18. Dans une réplique du 20 novembre 2018, complétée le 7 décembre 2018 après obtention d'une page manquante du préavis du Dr F_____, l'assurée a relevé que ce dernier avait bien indiqué qu'elle avait eu une nouvelle pathologie, qui avait justifié son arrêt de travail du 27 novembre au 19 décembre 2017 et était distincte des causes de ses incapacités de travail antérieures, ainsi qu'elle l'avait toujours expliqué et que le Dr C_____ et M. M_____ le confirmaient dans leurs certificats joints à son recours. Elle confirmait les termes et conclusions de son recours. 19. Le 10 janvier 2019, l'OCE a persisté dans les termes de ses décisions et écritures. La mention erronée, dans une pièce du dossier, d'une demande de prestations de l'AI n'avait en rien influé sur la décision attaquée. Les deux pièces médicales jointes au recours n'apportaient aucun élément nouveau, même si elles devaient être en contradiction avec les constatations du médecin-conseil de l'assurance chômage, dont la réglementation cantonale prévoyait la prévalence sur d'autres avis médicaux. 20. Dans des observations du 23 février 2018, l'assurée a estimé que l'OCE faisait une lecture erronée du préavis du Dr F_____, qui devait être entendu lors d'une audience ou par écrit. 21. Donnant suite à la demande que la CJCAS lui a faite le 4 juillet 2019, l'assurée a produit, le 11 juillet 2019, les deux documents médicaux qu'elle avait versés caviardés au dossier, cette fois-ci non caviardés, à savoir le certificat médical du Dr C_____ du 11 septembre 2018 - attestant que ledit médecin avait constaté une épicondylite droite le 22 novembre 2017 et que cette pathologie avait justifié un arrêt de travail à partir du 27 novembre 2017 jusqu'au 19 décembre 2017 inclus » - et l'attestation du physiothérapeute M_____ du 13 septembre 2018 certifiant que celui-ci suivait l'assurée pour une épicondylite du coude droit, à compter du 27 novembre 2017, traitement qui s'était terminé le 28 décembre 2017. 22. Le 3 septembre 2019, la CJCAS a procédé à la comparution personnelle des parties et à l'audition comme témoin du Dr F_____. a. À titre liminaire, l'OCE a indiqué que, d'après ce qu'il avait compris du rapport d'expertise du Dr F_____, l'épicondylite du coude droit de l'assurée, qui représentait certes une pathologie nouvelle par rapport à celle(s) qui avait(en)t justifié ses incapacités de travail totales ou partielles antérieures à décembre 2017, était survenue avant le 1^{er} novembre 2017, même si elle n'avait pas entraîné en elle-même une incapacité de travail avant le 1^{er} décembre 2017. L'assurée a déclaré de son côté que ses incapacités de travail antérieures à décembre 2017 avaient tenu à diverses pathologies - des troubles ostéo-tendineux (pas du tout au coude droit), une infection urinaire et des troubles anxio-dépressifs -, mais que c'était exclusivement en considération de son épicondylite droite qu'elle avait été en incapacité de travail à 50 % depuis décembre 2017, pathologie pour laquelle elle avait consulté le Dr C_____ le 27 novembre 2017 à la suite de douleurs qu'elle ressentait alors depuis une semaine à dix jours (mais nullement au 1^{er} novembre 2017). b. Le Dr F_____ a déclaré que, dans son préavis du 7 mai 2018, il avait d'abord

reporté les arrêts de travail que le Dr G _____ avait fait figurer dans son rapport du 25 avril 2018, dus à des incapacités antérieures au 1^{er} novembre 2017, puis avait fait mention d'une pathologie nouvelle, distincte de celles ayant causé ces dernières, soit celle décrite par le Dr C _____ dans son rapport du 25 avril 2018 sous l'appellation de « troubles ostéo-tendineux du 27/11/2017 au 20/12/2017 », qui n'avait justifié d'arrêt de travail que durant cette période-ci mais était préexistante et s'était empirée dès septembre-octobre 2017. L'assurée lui avait elle-même dit qu'elle avait eu plusieurs troubles tendineux déjà en septembre 2017, qui s'étaient aggravés en octobre 2017, soit des tendinites aux deux coudes et à l'épaule droite notamment. L'incapacité de travail de décembre 2017 apparaissait avoir été due d'une part à l'épicondylite du coude droit mais d'autre part aussi à des séquelles de troubles anxio-dépressifs. Il était surprenant que ces deux diagnostics très différents aient pu, comme le laissait entendre le Dr C _____, se succéder au jour près s'agissant de leur effet incapacitant. L'assurée ayant alors indiqué avoir eu plusieurs troubles ostéo-tendineux (du coude gauche dès septembre 2017 sinon fin août 2017, mais du coude droit seulement depuis une semaine à dix jours avant le 27 novembre 2017), le Dr F _____ a confirmé considérer qu'elle avait une pathologie ostéo-tendineuse dès septembre 2017, l'épicondylite droite étant une manifestation de ses troubles ostéo-tendineux plus généraux, s'étonnant pour le surplus que les incapacités de travail figurant sur le rapport précité du Dr G _____ aient été constatées par le Dr C _____ et non par le Dr G _____. c. Le Dr C _____, également convoqué pour audition, a été empêché de se présenter devant la CJCAS à la suite d'un accident. d. L'assurée a déclaré qu'elle était suivie par le Dr G _____ pour une psychothérapie individuelle, tandis que l'OCE a fait valoir qu'au vu des déclarations du Dr F _____ le refus du droit aux PCM opposé à l'assurée pourrait se justifier non seulement par l'épicondylite droite de cette dernière mais aussi par la persistance d'un trouble psychiatrique. 23. Le 16 septembre 2019, répondant à des questions que la CJCAS lui avait posées par écrit le 3 septembre 2019, le Dr G _____ a indiqué que les dates et les taux des incapacités de travail de l'assurée avaient été établis par le Dr C _____, mais qu'ils corroboraient ses propres constatations. Du 27 octobre au 19 décembre 2017, l'assurée avait été en incapacité de travail à 50 % en raison d'une part de son état psychique, qui s'était beaucoup amélioré mais laissait subsister une certaine vulnérabilité nécessitant le maintien d'un arrêt de travail à 50 % (y compris du 1^{er} au 19 décembre 2017), et d'autre part d'une épicondylite du coude droit diagnostiquée et traitée par le Dr C _____, mais une incapacité de travail n'aurait, à sa connaissance, pas été attestée du 1^{er} au 19 décembre 2019 uniquement pour des motifs psychiatriques ou psychothérapeutiques. 24. Le 23 septembre 2019, répondant à de semblables questions écrites de la CJCAS, le Dr C _____ a indiqué que l'assurée avait présenté une incapacité de travail à 50 % pour une épicondylite aiguë droite du 27 novembre au 19 décembre 2017 ; elle s'était plainte d'une épicondylite gauche le 23 mai 2017, de cervicalgies et de névralgie cervico-brachiale droite le 19 juillet 2017 puis d'une épicondylite droite le 22 novembre 2017, pathologies indépendantes les unes des autres, non expliquées par une pathologie inflammatoire, que les bilans cliniques, échographiques et biologiques n'avaient pas permis de retrouver. Un syndrome anxio-dépressif réactionnel majeur avait provoqué une incapacité de travail à 100 % du 25 avril au 27 novembre 2017, période pendant laquelle l'assurée avait progressé lentement, avec des variations cliniques fréquentes, vers une amélioration suffisante pour lui permettre d'envisager une reprise début décembre 2017 ; les pathologies ostéo-musculaires n'étaient pas en lien direct avec la pathologie anxio-dépressive, mais résultaient probablement d'activités extra-professionnelles exercées pour « s'extraire » des difficultés psychologiques.

25. Le 17 octobre 2019, tout en s'en rapportant à justice, l'OCE a persisté dans les termes de la décision attaquée, le Dr G _____ ayant estimé que l'état psychique de l'assurée nécessitait le maintien de son arrêt de travail à 50 % entre le 1^{er} et le 19 décembre 2019, sans que les réponses du Dr C _____ ne permettent d'aboutir à une solution contraire. 26. Le 18 octobre 2019, l'assurée a indiqué n'avoir pas d'élément particulier à ajouter. EN DROIT 1. a. Conformément à l'art. 134 al. 3 let. b de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la CJCAS est compétente pour connaître des contestations prévues à l'art. 49 al. 3 de la loi en matière de chômage du 11 novembre 1983 (LMC - J 2 20), dont celles rendues en matière de PCM. Elle l'est donc pour statuer sur le présent recours, dès lors que celui-ci est dirigé contre une décision sur opposition niant le droit de la recourante à des PCM. b. La procédure est régie par la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), et, le cas échéant, par les dispositions de procédure figurant dans la LMC elle-même, étant précisé que les PCM sont des prestations cantonales complémentaires à celles prévues par la LACI (cf. art. 1 let. d LMC), qu'elles relèvent du droit cantonal autonome et non du droit fédéral ou du droit cantonal d'exécution du droit fédéral (arrêt 8C_864/2012 du 26 février 2013 consid. 3), et que la LMC ne comporte pas de renvoi à la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1), qui ne trouve donc pas application à leur égard, même à titre de droit cantonal supplétif. Le recours a été interjeté en temps utile, compte tenu de la suspension du délai de recours du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 49 al. 3 LMC ; art. 89C let. b LPA), dans le respect des exigences de forme et de contenu prévues par la loi (art. 89B LPA), par une personne ayant qualité pour recourir dès lors qu'elle est touchée par la décision attaquée et a un intérêt digne de protection à son annulation ou sa modification (art. 89A et 60 al. 1 let. a et b LPA). c. Le recours est recevable. 2. a. Le litige porte sur le droit de la recourante au versement de PCM pour la période du 1^{er} au 19 décembre 2017, et plus particulièrement sur la question de savoir si les causes de son incapacité de travail pour cette période sont antérieures à son inscription au chômage, sujet à propos duquel la chambre de céans a déjà rendu plusieurs arrêts (cf. not. ATAS/668/2018 du 27 juillet 2018 ; ATAS/1092/2017 du 4 décembre 2017 ; ATAS/1083/2017 du 23 novembre 2017 ; ATAS/1017/2017 du 2 novembre 2017 ; ATAS/605/2017 du 30 juin 2017 ; ATAS/439/2017 du 30 mai 2017 ; ATAS/360/2017 du 8 mai 2017 ; ATAS/263/2017 du 4 avril 2017 ; ATAS/663/2016 du 25 août 2016 ; ATAS/979/2015 du 18 décembre 2015). b. Bien que la recourante ne soutienne plus qu'elle aurait droit aux PCM pour la période en question en vertu du principe de la bonne foi, en considération d'assurances qui lui auraient été données à ce propos, la chambre de céans relève que les conditions d'application dudit principe ne sont pas remplies en l'espèce. Découlant directement de l'art. 9 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101) et valant pour l'ensemble de l'activité étatique, le principe de la bonne foi protège l'administré dans la confiance légitime qu'il met dans les assurances reçues des autorités, lorsqu'il a réglé sa conduite d'après des décisions, des déclarations ou un comportement déterminé de l'administration (ATF 129 II 381 consid. 7.1 ; 129 I 161 consid. 4.1 ; ATF 128 II 112 consid. 10b/aa ; ATF 126 II 377 consid. 3a et les arrêts cités). Selon la jurisprudence, un renseignement ou une décision erronés de l'administration peuvent obliger celle-ci à consentir à un administré un avantage contraire à la réglementation en vigueur, aux cinq conditions cumulatives que l'autorité soit intervenue dans une situation concrète à l'égard de personnes déterminées, qu'elle ait agi ou soit censée avoir agi dans les limites de ses compétences, que l'administré n'ait pas pu se rendre compte

immédiatement de l'inexactitude du renseignement obtenu, qu'il se soit fondé sur les assurances ou le comportement dont il se prévaut pour prendre des dispositions auxquelles il ne saurait renoncer sans subir de préjudice, et que la législation n'ait pas changé depuis le moment où l'assurance a été donnée (ATF 131 II 627 consid. 6 ; ATF 129 I 161 consid. 4.1 ; ATF 126 II 377 consid. 3a et les références citées). Or, en l'espèce, force est de retenir que si elle a certes pris des renseignements auprès de l'intimé et de la CCGCh notamment sur sa couverture « perte de gain » du fait qu'elle serait encore partiellement en arrêt maladie lorsqu'elle serait au chômage, elle n'a pas obtenu l'assurance que des PCM lui seraient allouées une fois qu'elle aurait épuisé son droit aux indemnités journalières prévu par l'art. 28 LACI. Ses divers interlocuteurs ont au mieux évoqué l'hypothèse que tel pourrait être le cas, non sans réserver l'examen de la question par le service compétent, à savoir le service des PCM, en des termes plus ou moins explicites qui ne pouvaient être compris comme liant ledit service aux yeux mêmes de la recourante. Cette dernière a elle-même indiqué, dans son recours, que les renseignements qu'elle avait reçus à ce propos étaient « généraux, parfois différents d'un interlocuteur à l'autre ». 3.

a. Selon l'art. 28 al. 1 LACI, 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, d'un accident ou d'une grossesse et qui, de ce fait, ne peuvent satisfaire aux prescriptions de contrôle, ont droit à la pleine indemnité journalière 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. D'après l'al. 5 de cette disposition, 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. L'art. 28 LACI déroge au principe de l'assurance-chômage voulant que les prestations ne soient allouées que si l'assuré est apte au placement. Le but de cette exception est d'éviter des cas de rigueur, de combler des lacunes de couverture dans le domaine de l'assurance-maladie et accidents, mais surtout d'assurer une meilleure protection sociale des chômeurs en cas de maladie, d'accident ou de maternité, qui peuvent, grâce à cette disposition, bénéficier des indemnités journalières pendant une période limitée (ATF 117 V 244 consid. 3c ; ATAS/52/2019 du 24 janvier 2019 consid. 5).

b. 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 s. ad art. 28, p. 287). Tel est le cas dans le canton de Genève. Au nombre des prestations complémentaires cantonales en matière de chômage que le législateur genevois a adoptées, l'art. 7 let. a LMC prévoit en effet les PCM, dont peuvent bénéficier les chômeurs qui ont épuisé leur droit aux indemnités journalières pour maladie ou accident, conformément à l'art. 28 LACI (art. 8 LMC). Ainsi, selon l'art. 9 al. 1 LMC, sont assurés à titre obligatoire contre le risque de perte de gain en cas de maladie ou d'accident, les chômeurs qui sont indemnisés par une caisse de chômage en vertu de la LACI et qui sont domiciliés dans le canton de Genève. Les PCM 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). Elles 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 fédérale, et 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 LMC). Un délai d'attente, de deux jours ouvrables, est applicable lors de chaque demande de PCM (art. 14 al. 5 LMC ; art. 14A du règlement d'exécution de la loi en matière de chômage, du 23 janvier 2008 - RMC - J 2 20.01). 4.

a. 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. 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/663/2016 du 25 août 2016 consid. 7). Il s'agit en l'espèce du 1^{er} novembre 2017. b. 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 (MGC 1983/III 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], MGC 2001-2002 IV, Annexes p. 718 ss). c. Selon l'art. 14A LMC, l'assuré qui fait valoir son droit aux prestations est tenu de fournir gratuitement tous les renseignements nécessaires pour établir ce droit et déterminer les prestations dues (al. 1). Il est notamment 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). 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). La production tardive, et sans motif valable, du certificat médical entraîne la perte du droit aux prestations pour la période considérée (al. 4). Si l'assuré refuse de collaborer dans la mesure prévue aux al. 1 et 2, l'autorité compétente peut se prononcer en l'état du dossier ; au préalable, elle doit avoir adressé à l'assuré une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences (al. 5). d. L'autorité compétente - soit l'OCE (art. 3 al. 1 RMC) - dispose de la collaboration des médecins-conseils de l'OCE, ainsi que d'un visiteur de malades (art. 15 RMC). Elle peut ordonner un examen médical du requérant par un médecin-conseil (art. 16 al. 1 phr. 1 RMC) ; dans les deux jours qui suivent l'examen médical, le médecin-conseil rend ses conclusions sur la capacité de travail ou avise le cas échéant l'autorité compétente du défaut de l'assuré (art. 16 al. 2 RMC) ; en cas de divergence entre les médecins traitants et le médecin-conseil de l'OCE, l'avis de ce dernier prévaut (art. 16 al. 4 RMC). Selon la jurisprudence (ATAS/979/2015 du 18 décembre 2015 consid. 10), l'art. 16 al. 4 RMC ne saurait trouver application si le médecin-conseil de l'intimé n'a pas procédé à un examen

médical de l'assuré ; de surcroît, il ne peut être attribué de valeur probante au rapport du médecin-conseil s'il ne satisfait pas aux réquisits jurisprudentiel prévalant en la matière, à savoir s'il ne comporte pas une étude circonstanciée des points litigieux, ne se fonde pas sur des examens complets, ne prend pas en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, n'a pas été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, ne décrit pas clairement le contexte médical et les éventuelles interférences, et enfin ne contient pas des conclusions bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3). En conséquence, conformément au demeurant à la jurisprudence de l'ancienne Commission cantonale de recours en matière d'assurance-chômage, compétente jusqu'au 31 juillet 2003, le principe posé par l'art. 16 al. 4 RMC n'a pas une portée absolue et les autorités peuvent et doivent même s'en écarter lorsque des faits sérieux et concrets amènent à une autre conclusion que celle du médecin-conseil (ATAS/439/2017 du 30 mai 2017 consid. 7 ; ATAS/230/2004 du 6 avril 2004 consid. 3). 5. Pour les PCM comme de façon générale dans le domaine des assurances sociales, les autorités et, sur recours, la chambre de céans établissent les faits d'office, sans être limitées par les allégués et les offres de preuve des parties, réunissent les renseignements et procèdent aux enquêtes nécessaires pour fonder leur décision (art. 19, 20 al. 1 phr. 1, 76 et 89A LPA). Il leur est loisible, sur la base d'une appréciation anticipée des preuves déjà disponibles, de refuser l'administration d'une preuve supplémentaire au motif qu'elles la tiennent pour impropre à modifier leur conviction (ATF 131 III 222 consid. 4.3 ; ATF 129 III 18 consid. 2.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_5/2011 du 24 mars 2011 consid. 3.1). Elles apprécient les moyens de preuve des parties (art. 20 al. 1 phr. 2 LPA). Ces dispositions cantonales expriment les mêmes principes que ceux qui, consacrés par la LPGA, régissent la procédure en matière d'assurances sociales, à savoir, en particulier, la maxime inquisitoire, ainsi que les règles sur l'appréciation des preuves et le degré de la preuve. Il sied de noter, à ce dernier égard, qu'une preuve absolue n'est pas requise en matière d'assurances sociales. L'administration et le juge fondent leur décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute le cas échéant d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références). 6. a. Pour savoir si la recourante a droit à des PCM pour la période du 1^{er} au 19 décembre 2017, durant laquelle elle a été en incapacité de travail à 50 %, il faut déterminer si la ou les causes de cette dernière n'existai(en)t pas encore ou, au contraire, existai(en)t déjà lors de son inscription au chômage, le 1^{er} novembre 2017. b. Entre à cet égard en considération en premier lieu le trouble ostéo-tendineux s'étant manifesté par une épicondylite du coude droit. Lors de son audition, le Dr F_____ n'a pas exclu qu'au cours de leur entretien du 30 avril 2017, la recourante n'avait pas été aussi précise que lors de l'audience du 3 septembre 2019 à propos des dates d'apparition des différents troubles ostéo-tendineux qu'elle avait eus, en particulier du côté gauche en septembre 2017 (voire fin août 2017) puis du côté droit dès environ la mi-novembre 2017. Il n'empêche qu'il se souvenait qu'elle lui avait indiqué lors de cet entretien qu'elle ressentait une épicondylite des deux coudes déjà en septembre 2017 et que cela s'était aggravé en octobre 2017, en plus, au demeurant, qu'elle avait déjà eu des douleurs au coude droit et aux épaules en 2014 et 2015. Il résultait d'ailleurs de ses notes prises lors de cet entretien que la recourante lui avait déclaré qu'elle avait une épicondylite aux deux coudes et à l'épaule droite « dès septembre/octobre 2017 » (lesdites dates ayant bien été mises entre guillemets dans ses notes). Si donc il est possible que le trouble tendineux qu'elle avait au coude droit n'ait eu

un effet incapacitant que dès une semaine à dix jours avant sa consultation du 27 novembre 2017 chez le Dr C_____, il est des plus probables qu'il préexistait au 1^{er} novembre 2017. Il n'est d'ailleurs pas contesté que la recourante a connu des troubles ostéo-tendineux au cours de l'année 2017. Or, bien que, selon le Dr C_____ - dont l'avis est celui d'un médecin soignant, à prendre avec la réserve dictée par le rapport de confiance s'établissant entre un médecin traitant et son patient, inclinant à des prises de position en faveur de ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références) -, l'épicondylite gauche, les cervicalgies et névralgies cervico-brachiales droite et l'épicondylite droite que la recourante a eues respectivement en mai 2017, juillet 2017 et novembre 2017 étaient des pathologies indépendantes les unes des autres, il doit être attribué force probante à la déclaration réitérée et apparaissant au demeurant conforme au bon sens du Dr F_____, selon laquelle ladite épicondylite droite était une manifestation des troubles ostéo-tendineux plus généraux de la recourante. Une première cause de l'incapacité partielle de travail de la recourante du 1^{er} au 19 décembre 2017 était donc survenue avant l'affiliation de la recourante à l'assurance considérée, soit avant son inscription au chômage. La décision attaquée doit dès lors être tenue pour bien fondée déjà pour ce motif. c. Il résulte au demeurant du dossier que - ainsi que le Dr F_____ l'a relevé lors de son audition par la chambre de céans - l'incapacité partielle de travail de la recourante se justifiant aussi par les séquelles de ses troubles anxio-dépressifs, indéniablement antérieurs au 1^{er} novembre 2017. La recourante avait elle-même indiqué au service juridique de l'intimé, le 8 décembre 2017, que sa capacité de travail était alors limitée à 50 % à cause d'une situation extrêmement délicate avec son précédent employeur, faisant par-là référence aux troubles anxio-dépressifs que cette situation avait générés. Par ailleurs, en réponse aux questions écrites de la chambre de céans, le Dr G_____ - qui est tout de même le psychiatre-psychothérapeute de la recourante, même s'il apparaît avoir avalisé davantage qu'effectué lui-même les diagnostics et traitements émis et prescrits - a indiqué clairement que pour la période du 27 octobre au 19 décembre 2017 (y compris donc celle du 1^{er} au 19 décembre 2017), la recourante avait été en incapacité partielle de travailler en raison d'une part de son état psychique, qui s'était beaucoup amélioré mais laissait subsister une certaine vulnérabilité nécessitant le maintien d'un arrêt de travail à 50 %, et d'autre part d'une épicondylite du coude droit. En outre, comme le Dr F_____ l'a relevé lors de son audition, il n'est guère réaliste d'admettre - comme le fait le médecin traitant C_____ - que le syndrome anxio-dépressif a eu un effet incapacitant à 50 % pour la recourante jusqu'au 27 novembre 2017 et que depuis cette même date ce sont les troubles ostéo-tendineux qui ont eu ce même effet incapacitant, comme si ceux-ci avaient pris le relais de celui-là. Même s'il est possible qu'une incapacité de travail n'aurait pas été attestée du 1^{er} au 19 décembre 2017 uniquement pour des motifs psychiatriques ou psychothérapeutiques, il se justifie de retenir que les séquelles des troubles anxio-dépressifs de la recourante, préexistant à l'affiliation à l'assurance considérée, ont contribué à expliquer ladite incapacité de travail partielle. La décision attaquée s'avère dès lors bien fondée aussi pour ce second motif, sur lequel - sied-il de préciser - la recourante a eu loisir de se déterminer. 7. La recourante ne prétend pas se trouver dans un cas de rigueur au sens de l'art. 13 phr. 2 LMC. Elle ne saurait en effet être mise au bénéfice de cette disposition. En effet, selon la pratique de l'OCE, confirmée par la chambre de céans (ATAS/605/2017 du 30 juin 2017 consid. 7), 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). 8. En conclusion, mal fondé, le recours doit être rejeté. La procédure est gratuite (art. 89H al. 1 phr. 1 LPA), et il n'y a pas matière à allouer une indemnité de procédure (art. 89H al. 3 LPA). * * * * * 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.