

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4581/2015

ATAS/384/2016

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 17 mai 2016**

**10<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié c/o M. B\_\_\_\_\_ à VERSOIX

recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'EMPLOI, service juridique, sis rue  
des Gares 16, GENÈVE

intimé

**Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président; Willy KNÖFPEL et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs**

---

---

**EN FAIT**

1. La chambre de céans est saisie de recours contre trois décisions distinctes, intervenues dans un même complexe de faits. La jonction des procédures n'étant pas opportune, et l'état de fait n'étant pas dissociable, il est précisé que le présent arrêt concerne le recours contre la décision sur opposition du 1<sup>er</sup> septembre 2015 confirmant la décision du service des prestations cantonales en cas de maladie (ci-après : PCM) du 3 juillet 2015.
2. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le \_\_\_\_\_ 1986, marié et père de deux enfants, issus de cette union, nés respectivement les \_\_\_\_\_ 2013 et \_\_\_\_\_ 2016, ressortissant du Kosovo, est domicilié à Genève.
3. Après avoir obtenu un CFC de vendeur, l'assuré a travaillé en cette qualité, pour la Société C\_\_\_\_\_ dès le 1<sup>er</sup> août 2006. Il a été licencié le 28 août 2014 pour l'échéance du 30 novembre 2014. Selon ses dires, il était au bénéfice d'un certificat médical d'incapacité de travail à 100 % pour maladie depuis le mois de février 2014. Il a indiqué avoir perçu des indemnités journalières de l'assurance perte de gain jusqu'au 31 janvier 2015. Il bénéficiait d'un certificat médical de reprise de travail à 100 % dès le 1<sup>er</sup> février 2015.
4. Il s'est inscrit à l'ORP le 27 janvier 2015, en tant que demandeur d'emploi à 100 % en qualité de vendeur. Un délai-cadre d'indemnisation lui a été ouvert dès le 1<sup>er</sup> février 2015.
5. Il ressort de la lettre de licenciement du 28 août 2014 que par courrier du 19 du même mois il était convoqué pour le 28, à un entretien de service en présence de la gestionnaire des ressources humaines et de l'infirmière d'entreprise au sujet de sa situation professionnelle au sein de l'entreprise. Il ne s'était pas présenté et n'avait pas donné de nouvelles, et demeurait inatteignable par téléphone. Absent pour maladie le 13 janvier 2014, puis du 24 janvier au 2 février 2014, et de nouveau dès le 13 février 2014 pour une durée indéterminée, il n'était ainsi plus en mesure de remplir sa fonction de vendeur de fruits et légumes, de sorte qu'il a été mis un terme à son contrat pour l'échéance du délai de préavis légal au 30 novembre 2014.
6. Le 27 avril 2015, le docteur D\_\_\_\_\_, FMH en médecine générale et médecin traitant de l'assuré (ci-après : le médecin traitant) a délivré un certificat d'incapacité totale de travail pour cause de maladie, d'une durée probable d'un mois, jusqu'au 27 mai 2015. Le 28 mai 2015, il a prolongé la durée de l'incapacité de travail d'un mois, jusqu'au 28 juin 2015.
7. L'assuré a bénéficié de vingt-deux indemnités fédérales en cas d'incapacité passagère de travail du 27 avril au 26 mai 2015, puis le cas a été annoncé au PCM.
8. Par courrier du 24 juin 2015, le PCM (ci-après aussi : l'OCE ou l'intimé) a écrit au médecin traitant pour lui demander si l'arrêt de travail dès le 27 avril 2015 était en

lien direct (suite ou rechute) avec l'arrêt de travail du 13 février 2014. Il était invité à transmettre sa réponse directement au médecin-conseil de l'OCE.

9. Parallèlement, le PCM s'est adressé à son médecin-conseil, le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et cardiologie, l'informant de ce que des renseignements médicaux à son attention avaient été demandés au médecin traitant de l'assuré, la question étant de savoir si l'incapacité de travail attestée par ce médecin le 27 avril 2015 avec effet le jour-même, était en lien d'un point de vue diagnostique avec la problématique ayant occasionné le certificat du même médecin pour une incapacité totale de travail dès le 13 février 2014.
10. Le 30 juin 2015, le médecin traitant a répondu, par une annotation manuscrite sur ce même courrier : « il s'agit d'une rechute de l'arrêt du 13 février 2014. » De son côté, le médecin-conseil a confirmé qu'il s'agissait de la même maladie qui avait rechuté.
11. Par courrier recommandé du 3 juillet 2015, le service PCM a adressé à l'assuré une décision par laquelle, considérant qu'il s'était inscrit au chômage en date du 27 janvier 2015, qu'il était en incapacité de travail depuis le 13 février 2014, son droit aux prestations cantonales en cas d'incapacité passagère de travail dès le 27 mai 2015 était nié, et ce pour toute la durée de son incapacité de travail actuelle. Cette décision était exécutoire nonobstant opposition.
12. Le 8 juillet 2015 l'ORP a adressé à l'assuré un courrier l'informant de l'annulation au 29 juin 2015 de son dossier de demandeur d'emploi, en raison de son incapacité de travail. Il était informé des implications de cette annulation, et de ce qu'il devait faire en cas de réinscription à l'assurance-chômage.
13. Par courrier du 9 juillet 2015, l'assuré s'est opposé à la décision du 3 juillet 2015, « en attendant le retour de (son) médecin ». Il observe que l'arrêt de travail a commencé le 27 avril 2015, soit (exactement) trois mois après son inscription au chômage.
14. Le 16 juillet 2015, le médecin traitant a établi une attestation médicale par laquelle il certifie que l'assuré a été pris en charge dans son cabinet pour des problèmes médicaux distincts : la première fois le 13 février 2014, nécessitant une incapacité totale de travail jusqu'au 1<sup>er</sup> février 2015, date de son inscription au chômage ; la deuxième fois en date du 27 avril 2015, justifiant une incapacité totale de travail depuis cette date et pour une durée indéterminée. Il indique qu'il s'agit bien de deux pathologies différentes, raison pour laquelle des certificats médicaux distincts pour les deux cas lui avaient été remis.
15. Le 23 juillet 2015 le chef de groupe des PCM a adressé une note interne au service juridique de l'OCE, dont il ressort qu'après réception du certificat du 16 juillet, l'auteur de la note avait appelé le médecin traitant, qui avait tout d'abord semblé être étonné de l'existence d'un second certificat. Il avait cependant confirmé que son premier écrit, adressé au médecin-conseil était valable et que le second n'avait pas à être pris en compte. Il avait donc très clairement indiqué que

l'épisode débutant le 27 avril 2015 résultait d'une rechute de la longue période d'incapacité ayant débuté en février 2014.

16. Par une déclaration écrite du 21 juillet 2015, le médecin traitant est encore revenu sur les explications données par téléphone au collaborateur de l'OCE : il certifie que le cas du 27 avril 2015 est un nouveau cas. Il ne s'agit pas d'une rechute du 13 février 2014. Il indique avoir été interrogé d'une manière « illégale » par téléphone par un collaborateur de l'office cantonal de l'emploi, et il confirme que toutes les informations données par téléphone sont complètement fausses et erronées car il avait dû communiquer pendant ses consultations aux urgences.
17. Le 28 juillet 2015 l'assuré s'est réinscrit à l'ORP, sur la base d'un certificat médical « de reprise » de son médecin traitant aux termes duquel la « *capacité de travail (sic!) de 1/7/15 est de ... 100% dès le 1/8/15 x maladie. L'autorisation de sortir lui est donnée dès le 1/7/15. Genève le 28/7/15* » (timbre humide et signature illisible).
18. Le 4 août 2015, sa conseillère lui a adressé une convocation pour la date du prochain entretien de conseil fixé au 25 août 2015 à 16h00. Elle mentionne que la présence à cet entretien est obligatoire. Toute absence injustifiée entraîne une suspension de l'éventuel droit aux indemnités de chômage.
19. Le 7 août 2015, elle lui a adressé une convocation auprès du médecin-conseil de l'OCE, le 20 août 2015 à 12h30, pour une expertise. Il était invité à se présenter avec les documents médicaux en sa possession, tels que ses résultats d'analyses de laboratoire, ses radiographies ou tout autre document pertinent. Toute absence à cette visite médicale, sans motif valable, pourra entraîner une suspension du droit éventuel à l'indemnité de chômage. « Par conséquent, en cas d'empêchement, vous voudrez bien prévenir le médecin-conseil au moins 24 heures à l'avance. »
20. Par courriel du 18 août 2015 à 15h29, envoyé de son téléphone portable, l'assuré a écrit (textuellement) à sa conseillère : « *Bonjour c'est A\_\_\_\_\_, j'ai effectué toutes les recherches d'emplois pour le mois d'août, cependant j'ai un grave problème familiale. Mon grand-père déjà très âgé est gravement malade et est hospitalisé, c'est pourquoi je vais emmener mes parents le voir en voiture étant donné que mon père n'est pas en état de conduire. C'est très important car j'ai peur qu'il décède.* »  
  
Dans un deuxième courriel du même jour à 15h36, à la même destinataire, l'assuré a précisé: « *je compte partir dès demain. C'est pourquoi je ne pourrais pas me présenter au pres du médecin du conseil le 20. Et sûrement à votre rdv du 25. Je donnerais à mon frère les recherches d'emplois pour qu'il les dépose au pres du chômage le 26 si jamais.* »
21. Le 20 août 2015, le médecin-conseil de l'OCE a rempli et signé la formule de préavis médical. L'intéressé ne s'était pas présenté au rendez-vous fixé.

22. Le 21 août 2015 à 16h11 la conseillère a répondu aux courriels du 18 : « Bonjour, j'ai pris note de votre e-mail. Suite à votre réinscription vous êtes tenu de vous conformer aux directives de contrôle de l'ORP et à ce titre de vous présenter au (sic!) rendez-vous qui vous ont été fixés. En ce qui concerne votre absence au RDV chez le médecin-conseil, votre dossier a été envoyé au service juridique qui statuera sur une éventuelle sanction et une possible reconvoction. En ce qui concerne notre entretien prévu le 25 août 2015, je vous confirme que vous êtes dans l'obligation de vous présenter à ce rendez-vous faute de quoi le service juridique statuera également sur votre absence. Notre RDV du 25 août est donc maintenu et nous discuterons *de ces points à cette occasion*. salutations distinguées. » (Identité de la conseillère et références).
23. Le 22 août 2015 à 19h07, l'assuré a répondu au courriel de sa conseillère : « *Ecouter il y a écrit qu'il faut prévenir 24h à l'avance, c'est ce que j'ai fait et maintenant si je dois être sanctionné pour vous avoir dit la vérité allez-y. Maintenant, Madame il y a des raisons qu'il faut comprendre c'est un cas d'extrême urgence j'aimerais bien vous y voir à ma place. J'ai une femme et un enfant et bientôt un deuxième a charge. Je serais de retour le 28 dans la journée. J'espère que vous n'aurez jamais à vivre cette situation. Bonne soirée* »
24. Par décision du 25 août 2015, le service juridique de l'OCE a suspendu l'assuré dans l'exercice du droit à l'indemnité pour trois jours, suite à son défaut au rendez-vous chez le médecin-conseil le 20 août 2015. Le 18 août 2015, l'assuré avait informé l'ORP, depuis son téléphone portable, qu'il avait un grave problème familial, que son grand-père, très âgé, était gravement malade et qu'il devait accompagner son père en voiture, du fait que ce dernier n'était pas en état de conduire. A noter que depuis lors, l'intéressé n'a plus donné de ses nouvelles ni d'information quant à la date de son retour.
25. La formule "Indications de la personne assurée pour le mois d'août 2015" (IPA), signée par l'assuré à Versoix le 26 août 2015, a été déposée au guichet, selon timbre humide, le jour-même. À la question 4 : « avez-vous été en incapacité de travailler ? », l'assuré a répondu « oui, annoncée le 27 avril 2015 au 1<sup>er</sup> août 2015. » À la question 6 : « avez-vous pris des vacances ? », l'assuré a répondu « non » ; « étiez-vous absent pour d'autres raisons ? », l'assuré a répondu « non ».
26. Par courrier du 29 août 2015, l'assuré a formé opposition à la décision du 25 août 2015 (défaut au rendez-vous du médecin-conseil du 20 août). Il avait appelé le médecin-conseil pour le prévenir bien à l'avance que, pour des raisons familiales, il ne pouvait pas se présenter à cette date. Si l'OCE veut des preuves sur son grand-père, il faut les demander. Dans la décision il est mentionné qu'il n'avait pas averti l'OCE, alors qu'il avait envoyé un courriel à sa conseillère et non par téléphone et lui avait également indiqué par écrit qu'il rentrerait le 28 août dans la journée. Il a relevé le fait que (dans le corps du texte), il était désigné sous les nom et prénom de «Dusan Radonjic », faisant observer que ce n'était pas son nom... « *Alors, un peu de respect, la prochaine fois et surtout, il n'y a aucune loi*

*qui interdit une personne d'avoir des problèmes familiaux ! » Il termine ainsi son courrier : « Pour terminé si je dois être pénalisé pour avoir dit la vérité, alors la prochaine fois, j'inventerais un gros mensonge, j'attends une réponse de votre part, merci. »*

27. Par courrier recommandé du 1<sup>er</sup> septembre 2015, l'OCE a notifié à l'assuré sa décision sur l'opposition du 9 juillet 2015 contre la décision du service PCM du 3 juillet 2015. Au vu des revirements successifs du médecin traitant, après sa première déclaration, l'OCE se fonde sur la première réponse du Dr D\_\_\_\_\_, fournie alors que tant lui-même que son patient ignoraient les conséquences juridiques de celle-ci. Il y a donc lieu de retenir que les causes de l'incapacité totale de travailler de l'assuré, débutant le 27 avril 2015, sont manifestement intervenues bien avant son affiliation à l'assurance perte de gain relevant du service PCM, laquelle a débuté à l'ouverture de son délai-cadre d'indemnisation. L'opposition est ainsi rejetée.
28. Par courrier du 4 septembre 2015, l'OCE a accusé réception de l'opposition du 29 août 2015, observant que dans la décision du 25 août il a été constaté que bien qu'il ait informé l'ORP le 18 août 2015 du problème familial, il n'avait transmis aucun justificatif quant à la date de son départ et celle de son retour, ni du lieu où il devait se rendre. S'il avait confirmé, dans son opposition, le fait qu'il n'avait pas pu se rendre à la visite médicale pour des raisons familiales, il n'avait toujours pas fourni de justificatifs à l'appui de ses allégations. Dès lors, pour statuer en toute connaissance de cause, un délai lui était imparti au 25 septembre 2015 pour fournir les renseignements et documents suivants : dates exactes de son départ à l'étranger et de son retour ; le lieu où il avait dû se rendre pour visiter son grand-père à l'hôpital ; adresse exacte de son père ; comment et quand il avait averti le médecin-conseil de l'OCE qu'il ne pourrait se présenter à la visite médicale, avec justificatifs, raisons pour lesquelles il n'a pas mentionné son séjour à l'étranger sur la fiche IPA du mois d'août 2015 ; justificatifs relatifs à son voyage en voiture, récépissés de péages autoroutiers, factures relatives au paiement de l'essence sur la route, éventuelle nuitée dans un hébergement, factures de restauroutes,... ; attestation ou certificat relatif à l'empêchement de son père de conduire.
29. Dans un courrier daté du 4 septembre et reçu le 14 septembre par l'OCE, l'assuré a répondu comme suit :

«... »

1. *date de départ : nous sommes partis le 19. 08. 15 vers 5 heures du matin, donc un mercredi. Rentrer (sic) le 28. 08.15, le soir !*
2. *Mon grand-père a été à l'hôpital, à Gjilan, puis à celui de Prishtina, à cause de son état de santé.*
3. *Mon père, habite depuis toujours à la même adresse : \_\_\_\_\_, chemin du I\_\_\_\_\_ 1290 Versoix.*

4. *Le 18 août, vers 15 heures, puisque après avoir eu la secrétaire du Dr E\_\_\_\_\_, qui m'a dit que ce n'était pas de leur ressort, elle m'a dit, faut avertir votre conseillère. Ce que j'ai fait par mail à 15h28 le 18.08., 20 min après !*
5. *(S'agissant de la prise de contact avec le médecin-conseil) : je l'ai appelé, si je dois aller chez mon opérateur Swisscom, j'irai sans problème et il me donneront le relevé d'appel détaillé.*
6. *(S'agissant de la question relative à la fiche IPA) : La feuille IPA, je me suis rappelé après coup, c'est un oubli de ma part tout simplement.*
7. *(S'agissant des justificatifs de voyage) : Oui il y a des péages et des frais, mais, chère Monsieur, je ne pensais pas que vous, vous rabaissez à demander de pareils choses, sur mon grand-père de 85 ans, je n'ai rien gardé, je suis allé, nettoyer ma voiture samedi matin.*
8. *Je vous invite à aller voir mon grand-père à Ferizaj, donc au Kosovo et vous leur demanderez un certificat.*
9. *Mon papa à 60 ans, il est sous médicaments depuis plusieurs années, il est suivie par le Dr F\_\_\_\_\_, qui est un spécialiste, et depuis peu il a mâle au genou, ce sont des voyages d'une durée d'environ 20 à 22 heures si tout va bien. Voilà, j'ai répondu à toutes vos questions et très sincèrement.... »*

S'il devait être pénalisé de trois jours pour son absence, à la limite il voulait bien, mais pas par rapport au médecin-conseil. Il pouvait en effet démontrer avoir pris des médicaments durant sa période d'arrêt. Il produit à cet égard des copies d'ordonnances ; pendant tout ce temps et jusqu'aujourd'hui, il avait de forts maux de tête, des vomissements réguliers, des maux de dos, des vertiges et il se sent fatigué. Il avait transmis à l'OCE les certificats datés et signés de son médecin, et maintenant les ordonnances. Il attendait une réponse positive ; il a une famille et « deux salaires en retard ».

30. Le 25 septembre 2015, l'OCE a rendu sa décision sur l'opposition du 29 août 2015 contre la décision du service juridique du 25 août 2015 (défaut au rendez-vous chez le médecin-conseil le 20 août 2015). En substance, bien qu'il ressorte du dossier et des déclarations de l'assuré qu'il a informé sa conseillère en personnel le 18 août 2015 de ce qu'il ne pourrait se présenter à la visite médicale, l'intéressé n'a pas apporté la preuve de son voyage, malgré les possibilités de présenter des récépissés de péages autoroutiers et des factures d'essence par exemple. Il n'avait pas non plus rapporté la preuve de la maladie de son grand-père, ni de l'hospitalisation de celui-ci. Il en était de même par rapport à l'état de santé de son père, et des preuves des contacts qu'il dit avoir eus avec le médecin-conseil. Il devait dès lors supporter l'absence de preuves, de sorte que la sanction infligée de trois jours de suspension du droit à l'indemnité, au demeurant conforme au barème du SECO et au principe de la proportionnalité, devait être confirmée.
31. Par courrier daté du 29 septembre 2015, timbre postal du 30 et reçu le 1<sup>er</sup> octobre 2015, l'assuré a saisi la chambre des assurances sociales d'un recours auquel était annexée la copie de la décision sur opposition du 25 septembre 2015. En

substance, et s'adressant à « Madame la directrice », il se réfère d'une part au contexte de son défaut du 20 août 2015 au cabinet du médecin-conseil de l'intimé, mais d'autre part à ses « 2 mois » soit de juin et juillet dont il a été pénalisé auprès du « médecin-conseil ». Il avait prévenu deux jours à l'avance sa conseillère de son absence, et par écrit. Les deux fois l'OCE avait rejeté ses oppositions. Il ne demande qu'à être entendu par le médecin-conseil, il estime avoir droit à une autre convocation auprès de « son médecin » car il avait averti sa conseillère dans les délais. Il avait également appelé le médecin-conseil personnellement qui lui avait dit ne rien pouvoir faire. Il reproche à l'intimé de considérer les attestations médicales faites et signées par son médecin comme n'ayant pas de valeur probante. Il demande à l'intimé d'arrêter de le sanctionner alors qu'il ne demande qu'à être reçu pour être entendu.

32. La chambre de céans a enregistré ce recours sous la cause A/3420/2015.
33. Par courrier du 20 octobre 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours. L'assuré n'apportait aucun élément nouveau permettant de revoir la décision entreprise, n'ayant en effet toujours pas fourni de justificatifs démontrant un quelconque empêchement valable à se rendre à la visite médicale du 20 août 2015, de sorte que son absence demeurait injustifiée. Si d'ailleurs, par impossible, le recourant parvenait à démontrer qu'il se trouvait à l'étranger durant la période du 19 au 28 août 2015, le prononcé d'une sanction en raison de son absence à la visite médicale du 20 août 2015 à laquelle il avait été valablement convoqué reste justifié, dans la mesure où, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, le sens et le but du délai d'annonce des vacances doit permettre à l'autorité compétente de fixer les entretiens de conseil et de contrôle, les entrevues avec les employeurs ou encore les mesures du marché du travail en tenant compte des vacances de l'assuré. En conséquence, l'annonce tardive de la prise de jours sans contrôle ne saurait être sanctionnée par une suspension du droit à l'indemnité, mais bien plutôt par la non-prise en considération desdits jours, de sorte que si un assuré manquait à ses obligations durant les jours en question, il devrait être sanctionné en raison de ce manquement. De plus, l'assuré fait valoir dans son recours du 30 septembre 2015 des arguments qui ne concernent pas son absence à la visite médicale du 20 août, mais sa demande de prestations cantonales en cas d'incapacité de travail. Ces arguments ne sont pas pertinents en l'espèce.
34. Sur quoi la chambre de céans a cité les parties à une audience de comparution personnelle le 9 novembre 2015. L'intimé ne s'est pas présenté, sans excuse. La chambre de céans a dès lors procédé à l'audition du recourant.

Invité à préciser le sens de certains passages de son recours, notamment en ce qu'il fait référence à la suppression de ses deux mois d'indemnités de chômage dus à la décision des PCM, le recourant a indiqué qu'il entendait bien recourir tant à l'encontre de la décision confirmant la sanction de trois jours de suspension du droit aux indemnités pour ne pas s'être présenté au rendez-vous fixé chez le médecin-conseil, que contre la décision sur opposition du 1<sup>er</sup> septembre 2015, lui



refusant le droit aux prestations cantonales en cas d'incapacité de travail. Interrogé sur les raisons de son incapacité de travail en 2014, il a indiqué avoir eu des problèmes de santé dus à une mauvaise ambiance de travail, qui ont provoqué une dépression pour laquelle il avait été suivi par un psychologue. Il a admis qu'il ne donnait pas suite aux tentatives de contact de son employeur à l'époque. Une fois licencié, son médecin l'avait incité à reprendre le travail, et d'abord à s'inscrire au chômage. Il avait donc établi un certificat de reprise de travail, ce qui lui avait permis de s'inscrire dès le 1<sup>er</sup> février 2015. S'agissant de son incapacité de travail dès le 27 avril 2015, les motifs pour lesquels il était incapable de travailler, respectivement de se présenter à un cours le 27 avril 2015, étaient d'une autre nature que ceux qui avaient entraîné son incapacité de travail en 2014. En effet, depuis un certain temps, il avait des maux de tête, des maux d'estomac, des vertiges et mal au bas du dos. C'est pour cela que le Dr D\_\_\_\_\_ lui avait prescrit un arrêt de travail dès fin avril, et ce jusqu'à fin juin. S'agissant du formulaire IPA du mois d'août 2015, après l'avoir examiné il a confirmé que c'était bien lui qui avait daté et signé ce document. C'est lui qui l'avait déposé au guichet. A la question de savoir comment il expliquait cela, alors qu'à cette date, il était censé être au Kosovo, ayant écrit par la suite (courrier du 4 septembre 2015) être revenu le 28 août au soir, il a indiqué qu'il devait en effet théoriquement se trouver au Kosovo ce jour-là et revenir le 28 août, mais il était revenu plus tôt. Il savait qu'il ne pourrait pas être présent à son rendez-vous du 25 août avec sa conseillère, mais c'était bien lui qui avait déposé le document susmentionné le 26 août. Et sur les raisons pour lesquelles, sur cette même fiche IPA, il avait répondu négativement à la question de savoir s'il avait pris des vacances ou été absent (ce mois-là) il a répondu qu'il s'agissait d'un oubli de sa part et qu'il avait d'ailleurs été sanctionné pour cela. A la question de savoir pourquoi ses parents n'étaient pas allés au Kosovo en train ou par un autre moyen il a répondu : « il faut avoir les moyens pour cela ».

35. La chambre de céans a communiqué le procès-verbal d'audience à l'intimé, en lui fixant, au vu des explications du recourant quant à la portée et à l'objet de son recours, un délai pour répondre au recours en tant qu'il porte sur la décision sur opposition du 1<sup>er</sup> septembre 2015, à produire le dossier y relatif, à se déterminer après comparution personnelle, et enfin à apporter certaines précisions notamment au sujet de sa réponse du 20 octobre 2015.
36. L'intimé s'est déterminé par courrier du 24 novembre 2015. Il a produit les pièces complémentaires relatives au dossier de l'assuré auprès du service des PCM et conclu, au rejet du recours. Les déclarations du recourant à l'audience de comparution personnelle ne peuvent être retenues, car tant le médecin traitant, dans son rapport du 30 juin 2015, que le médecin-conseil de l'OCE ont confirmé que l'incapacité de travail ayant débuté le 27 avril 2015 était une rechute de l'arrêt de travail ayant couru du 13 février 2014 au 30 janvier 2015. Le médecin traitant n'est revenu sur son rapport qu'après avoir été directement contacté par l'assuré.

L'argument contenu dans le certificat établi à la demande de l'assuré le 16 juillet 2015, selon lequel il s'agirait de deux pathologies différentes car des certificats médicaux distincts avaient été remis n'a aucune pertinence : il est normal qu'un médecin établisse un nouveau certificat pour chaque période d'arrêt de travail et qu'il le renouvelle de mois en mois si l'incapacité perdure. En prétendant qu'il aurait dû théoriquement se trouver au Kosovo le 28 août 2015, mais qu'il était déjà de retour le 26 août 2015, tout en sachant qu'il ne pourrait pas se présenter à l'entretien de conseil du 25 août 2015, le recourant perd toute crédibilité, non seulement s'agissant des dates de son prétendu séjour, mais également s'agissant de la réalité même de ce séjour. Il n'est au surplus pas soutenable que le 26 août 2015 l'assuré ait pu oublier - lorsqu'il a rempli signé et déposé sa fiche IPA - qu'il venait tout juste de rentrer du Kosovo. Par rapport à la mention, au dossier de l'intimé, d'un entretien téléphonique en date du 18 août 2015, après vérification, il s'agissait bien de courriers électroniques envoyés depuis le téléphone portable de l'intéressé. De même le 21 août, la référence à un contact téléphonique visait en réalité un courrier électronique par lequel la conseillère avait répondu au courriel de l'assuré du 18 août 2015.

37. Le recourant s'est déterminé sur les écritures de l'intimé par courrier du 11 décembre 2015. En substance, lors de son premier arrêt de travail du 13 février 2014 au 31 janvier 2015 pour troubles anxio-dépressifs et attaques de panique, il était suivi par un psychologue. Du 27 avril au 31 juillet 2015, pour « problèmes de santé » il était suivi par son médecin traitant. Du 1<sup>er</sup> février au 27 avril 2015 il avait régulièrement fait ses recherches d'emploi, et son engagement avait été réel pour une réinsertion professionnelle au plus vite afin d'abréger le chômage. Il n'avait fait l'objet d'aucune pénalité pendant cette période. Le 27 avril 2015, il avait pris contact avec son médecin traitant, car il souffrait à l'époque de forts vomissements, nausées, maux de tête et maux de dos. Son médecin lui avait prescrit, outre une incapacité de travail à 100 % pour une durée indéterminée, un traitement médical qui n'était pas le même que lors de son premier arrêt du 13 février 2014 à fin janvier 2015. C'était suite à une erreur, - que son médecin traitant avait reconnue par la suite -, que la première attestation mentionnait une rechute de l'arrêt de travail de 2014. L'OCE s'était permis de contacter son médecin traitant de manière illégale en passant par la secrétaire médicale. L'intimé a fait preuve de pression auprès de la secrétaire pour que celle-ci dérange le médecin traitant pendant ses consultations. Tant la secrétaire que le médecin avaient été saisis de stress face à la pression de l'intimé. Malgré sa reprise (de capacité) de travail dès le 1<sup>er</sup> août, l'intimé avait décidé le 7 août 2015 de l'envoyer auprès du médecin-conseil en date du 20 août, c'est-à-dire trois mois après sa déclaration d'arrêt de travail auprès du service concerné. Il s'était réinscrit à l'ORP au 1<sup>er</sup> août 2015. Il a persisté dans ses déclarations à l'audience du 9 novembre 2015. Il a conclu à ce que lui soit octroyée « la rémunération de ses 2 mois », soit les mois de juin et juillet 2015. Il a en outre indiqué que parallèlement il recourait contre la dernière décision de l'OCE, soit la décision sur opposition du

---

1<sup>er</sup> décembre 2015, laquelle rejetait son opposition du 29 octobre 2015 contre la décision de l'ORP du 16 octobre 2015 (sanction de huit jours de suspension du droit à l'indemnité pour défaut à l'entretien de conseil du 25 août 2015).

38. Par courrier séparé du 11 décembre 2015, l'assuré a en effet saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'un recours contre la décision sur opposition de l'OCE du 1<sup>er</sup> décembre 2015. Ce recours fait l'objet de la procédure A/4422/2015.

A l'appui de cette écriture, il a notamment produit une attestation datée du 8 décembre 2015 libellée comme suit :

Genève le 08.12.2015

Mme. G \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ch. H \_\_\_\_\_  
1212 Grand-Lancy

Mr. A \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ch.-I \_\_\_\_\_  
1290 Versoix

ATTESTATION

Je soussigné (sic!), G \_\_\_\_\_ secrétaire médicale du DR . D \_\_\_\_\_ certifie, avoir reçu un appel de l'Office cantonal de l'emploi concernant Mr.A \_\_\_\_\_ en date du 16/07/2015.  
Dr.D \_\_\_\_\_. (Sic!) et moi-même avons été mis sur pression par ce conseiller, sans aucune autorisation.  
Dans cette situation confuse, le Docteur D \_\_\_\_\_ (sic !) a répondu à cette tierce personne sans avoir le dossier du patient sous les yeux.  
Cela a été à l'origine des informations erronées transmises à cette personne, à cette date précise.

(Signature illisible) G \_\_\_\_\_

Il a également produit un rapport d'expertise médicale daté du 1<sup>er</sup> juillet 2014, émanant du médecin-conseil de l'assureur perte de gain de son ancien employeur, au sujet de son incapacité de travail de 2014. On peut notamment y lire dans les éléments anamnestiques, qu'il s'agit d'un patient d'origine kosovare arrivé en Suisse à l'âge de 4 ans, actuellement marié et père d'une petite fille d'une année, travaillant à la C \_\_\_\_\_ de Versoix depuis huit ans et qui décrit n'avoir jamais présenté d'incapacité de travail auparavant. Il explique que depuis une année, il a un nouveau chef de secteur avec qui les choses se passent moins bien, ayant provoqué une dégradation de l'ambiance dans le magasin depuis lors. Progressivement, cette attitude a engendré des comportements de type obsessionnel chez le patient, qui a même commencé à appeler ses collègues durant ses jours de congé pour être sûr de ne rien avoir oublié. Depuis des années, il présente des nausées, accompagnées occasionnellement, mais de plus en plus fréquemment, d'épisodes d'apparition brutale de lipothymies, raison pour laquelle

il a dû être raccompagné à plusieurs reprises à son domicile par la gérante du magasin. En janvier 2014 il est convoqué par sa gérante et les ressources humaines lui suggèrent fortement de se faire bilanter pour ses problématiques sur le plan médical. Il est alors mis en incapacité de travail à 100 % par son médecin traitant (Dr D\_\_\_\_\_), qui réalise des examens sur le plan digestif, mettant en évidence une gastrite à HP qui est traitée dix jours par thérapie d'éradication, malheureusement sans changement des symptômes. Il est adressé à un gastro-entérologue qui, après gastroscopie, explique que les symptômes sont dus au stress et à l'anxiété. Depuis sa mise en incapacité de travail il décrit l'apparition d'épisodes d'anxiété, ainsi qu'une sensation d'irritabilité, qu'il dirige vers des gens de sa famille (sa femme), avec laquelle il a l'impression d'être très distant, avec un sentiment de culpabilité. Il oscille entre des affects positifs de type « doit aller de l'avant », et des ruminations de type regrets dans lesquelles il se dit que s'il avait fait les choses autrement il ne serait peut-être pas dans cette situation. Il explique avoir peur d'aller à la Migros maintenant, et aller plutôt à la Coop, pour ne pas qu'on le voit et lui demande des nouvelles, ayant une boule au ventre; Il regarde l'heure avant de sortir promener son enfant, pour ne pas croiser sa gérante. Le 14 avril 2014 il est adressé à un psychiatre qui initie un traitement pharmacothérapeutique le soir; un suivi psychothérapeutique est mis en en place une fois par semaine. Le médecin-conseil a retenu les diagnostics de trouble anxio-dépressif, épisode actuel modéré, et attaques de panique. Un trouble préexistant à l'épisode actuel est certainement présent. Néanmoins le facteur déclenchant de l'épisode aigu est très certainement le contexte professionnel devenu difficile,... Quant à la capacité de travail, dans l'emploi actuel elle est nulle ; elle pourrait néanmoins augmenter d'ici à un ou deux mois à 50 %, afin d'apporter au patient un retour positif et d'éviter une marginalisation qu'il décrit déjà supporter très mal, sous restriction que la problématique à l'employeur soit réglée, ou que le retour professionnel se fasse dans un autre magasin afin que l'emploi joue un rôle thérapeutique et non nocif. La capacité de travail sur le marché de l'emploi est actuellement de 0 %. Son évolution est identique à celle dans l'emploi actuel de vendeur.

39. Par courrier du 12 janvier 2016, dans la cause A/3420/2015, l'intimé a dupliqué. Contrairement à l'attestation médicale établie le 16 juillet 2015, celle datée du 21 juillet 2015 ne porte pas le tampon du médecin traitant, et l'attestation de son assistante du 8 décembre 2015 ne porte pas de tampon non plus alors que celle-ci est visée comme étant la secrétaire médicale du médecin. L'intimée persiste intégralement dans les termes de ses décisions sur opposition des 1<sup>er</sup> et 25 septembre 2015 ainsi que dans les termes de ses réponses des 20 octobre, 24 novembre 2015. Il propose l'audition du médecin traitant, de son assistante et du médecin-conseil de l'OCE.
40. Par courrier du 28 janvier 2016, la chambre de céans a indiqué aux parties que le recours contre la décision sur opposition du 1<sup>er</sup> septembre 2015 (niant à l'assuré le

droit aux prestations cantonales en cas de maladie à compter du 27 mai 2015) était enregistrée sous le numéro de cause A/4581/2015.

La cause A/3420/2015 ne porte donc plus, depuis lors, que sur le recours contre la décision sur opposition du 25 septembre 2015, relative au défaut à l'entretien du 20 août 2015 auprès du médecin-conseil de l'intimé.

41. Le 26 février 2016, l'intimé a produit les pièces ayant fondé la décision sur opposition du 1<sup>er</sup> septembre 2015, ainsi que trois pièces supplémentaires. Il avait déjà fait ses observations concernant l'objet du litige, dans le cadre de l'autre procédure pendante (cause A/3420/2015), et persistait ainsi dans les termes de sa décision sur opposition et dans ses réponses des 24 novembre 2015 et 12 janvier 2016.
42. La chambre de céans ayant encore donné l'opportunité au recourant de se prononcer sur ces dernières écritures, ce dernier s'est adressé à la chambre de céans, par courrier non daté mais reçu le 27 avril 2016. Il ne comprenait pas pourquoi repousser ainsi la date d'échéance, alors qu'il avait fourni tous les documents depuis le mois de décembre 2015. Il s'est endetté pour subvenir à ses deux enfants et sa femme qui ne travaille pas. Il trouve inadmissible qu'en Suisse avec tout ce que l'on paye en assurances, pour le médecin, l'on puisse se faire sanctionner sans raison. Il a été malade et sous certificat médical, sous la responsabilité du médecin, alors il ne voit pas pourquoi c'est lui qui doit être et qui a été sanctionné. Il n'avait plus rien à ajouter, il avait fourni tous les documents de A à Z, ces documents prouvant et montrant qu'il est en droit de se faire rembourser son dû. Il attendait vraiment une réponse assez rapidement car il a besoin d'argent.
43. Sur quoi les parties ont été informées que la cause était gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 8 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> 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 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 s'agissant des prestations complémentaires cantonales (cf. art. 1<sup>er</sup> 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 droit du recourant 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.
5. 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 1<sup>er</sup> 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<sup>ème</sup> 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.
6. 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).

7. 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 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'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).

8. 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 prévoit 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).

c. Pour déterminer si l'incapacité de travail survenue après l'ouverture du délai cadre d'indemnisation trouve ses causes avant l'affiliation à l'assurance, il y a lieu d'examiner s'il existe un lien de connexité matérielle et temporelle entre l'incapacité actuelle et une incapacité de travail antérieure. À cet égard, le Tribunal fédéral a posé un certain nombre de principes, notamment, en matière de prestations d'invalidité de l'assurance couvrant la prévoyance professionnelle, s'agissant de déterminer quelle institution de prévoyance est tenue à prestations (art.23 LPP), en cas d'interruption de l'incapacité de travail.

Dans un arrêt ATF 120 V 112 (p. 117 et sv. et réf citées) le Tribunal fédéral relève que la connexité doit être à la fois matérielle et temporelle. Il y a connexité matérielle si l'affection à l'origine de l'invalidité est la même que celle qui s'est déjà manifestée durant l'affiliation à la précédente institution de prévoyance (et qui a entraîné une incapacité de travail). La connexité temporelle implique qu'il ne se soit pas écoulé une longue interruption de l'incapacité de travail; elle est rompue si, pendant une certaine période, l'assuré est de nouveau apte à travailler. ... Mais une brève période de rémission ne suffit pas pour interrompre le rapport de connexité temporelle. Si l'on veut s'inspirer ici des règles en matière d'assurance-invalidité, l'on pourrait aussi envisager une durée minimale d'interruption de l'incapacité de travail de trois mois, conformément à l'art. 88a al. 1 RAI: selon cette disposition, si la capacité de gain d'un assuré s'améliore ou que son impotence s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans



qu'une complication prochaine soit à craindre. De toute façon, le Tribunal fédéral des assurances a déjà eu l'occasion de juger que les dispositions réglementaires précitées en matière d'assurance-invalidité (art. 29ter et 88a al. 1 RAI) ne sauraient être appliquées schématiquement en matière de prévoyance professionnelle, notamment quand il s'agit de savoir si un assuré invalide a recouvré de manière durable sa capacité de travail, afin de décider de son assujettissement à l'assurance obligatoire (ATF 118 V 166 consid. 4e; arrêt non publié en la cause H. du 30 novembre 1993). Pour trancher cette question, on tiendra compte, bien plutôt, des circonstances du cas d'espèce, en particulier de la nature de l'affection, du pronostic du médecin et des motifs qui ont conduit à l'engagement de l'intéressé. Ainsi, on ne saurait conclure au rétablissement de la capacité de gain d'une personne invalide lorsqu'une tentative de réinsertion professionnelle, d'une durée même supérieure à trois mois, est essentiellement motivée par des considérations d'ordre social et qu'il apparaît improbable qu'elle aboutisse à une véritable réadaptation (ATF 118 V 166 consid. 4e).

Ces principes doivent manifestement trouver application analogique lorsqu'il s'agit d'examiner si les causes de l'incapacité de travail sont intervenues avant l'affiliation à l'assurance, au sens de l'art. 13 LMC.

9. 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. Il convient en général d'accorder la préférence aux premières déclarations de l'assuré, faites alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être – consciemment ou non – le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 47 consid. 2a ; 115 V 143 consid. 8c). Ce principe peut d'ailleurs s'appliquer à n'importe quel justiciable placé dans la même situation.
- c. 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. a. En l'espèce il est établi que le recourant s'est trouvé en incapacité de travail durable pour motifs psychiques, à tout le moins depuis le mois de février 2014, et ceci jusqu'au 31 janvier 2015, date coïncidant avec la fin des indemnités journalières servies par l'assurance perte de gain maladie de l'ancien employeur. Le 27 janvier 2015, le recourant s'est inscrit au chômage, sur la base d'un certificat médical de son médecin traitant, du même jour, attestant de sa pleine capacité de travail dès le 1<sup>er</sup> février 2015. Bien que licencié le 28 août 2014 pour l'échéance du 30 novembre 2014, il a déclaré lors de son audition devant la chambre de céans qu'une fois licencié (ce qui dans son esprit se comprend par rapport à l'échéance des prestations de l'assurance perte de gain maladie de l'ancien employeur, représentant pour lui son « salaire »), son médecin l'avait incité à reprendre le travail, et d'abord à s'inscrire au chômage. Il avait donc établi un certificat de reprise de travail, ce qui lui avait permis de s'inscrire dès le 1<sup>er</sup> février 2015.

b. Or, dès le 27 avril 2015, le médecin traitant l'a à nouveau placé sous arrêt de travail fort d'une incapacité totale pour une durée minimale d'un mois qui s'est en réalité prolongée pour une première période d'un mois, jusqu'à fin juin 2015. L'intimé s'est dès lors légitimement posé la question de savoir si cette incapacité de travail devait être mise en relation avec la précédente ayant duré une année, jusqu'à la veille de son inscription à l'ORP. Ayant donc interpellé le médecin traitant, pour lui demander si l'incapacité de travail actuelle était en lien d'un point de vue diagnostique avec la problématique ayant occasionné le certificat qu'il avait lui-même délivré pour une incapacité totale de travail dès le 13 février 2014, ce dernier a répondu, directement au médecin-conseil de l'OCE, comme requis, le 30 juin 2015 : « il s'agit d'une rechute de l'arrêt du 13 février 2014. » C'est sur cette base et sur la confirmation de son médecin-conseil que l'intimé, par décision du 3 juillet 2015, a nié le droit du recourant aux prestations cantonales en cas d'incapacité de travail, cette décision étant exécutoire nonobstant opposition.

c. Il est patent que le premier revirement du médecin traitant, dans son «attestation» du 16 juillet 2015, - consécutive au courrier de l'assuré du 9 juillet par lequel il déclarait former opposition à la décision du 3 « en attendant le retour de son médecin » - est directement lié à la démarche implicitement annoncée par l'assuré dans son opposition, soit au contact qu'il devrait avoir avec son médecin dès son retour, le but de cette intervention étant évidemment d'obtenir une modification de la décision lui niant le droit aux indemnités cantonales.

d. Il est de plus établi au degré de la vraisemblance prépondérante, à tout le moins, qu'interpellé par le chef du service des PCM, par téléphone, dans les jours qui ont suivi son attestation, c'est en toute connaissance de cause et en pleine connaissance du dossier de son patient – n'en déplaise au recourant, et en dépit des considérations du médecin dans sa seconde attestation (du 21 juillet) - que le médecin traitant est

revenu à sa première indication, soit que l'incapacité de travail actuelle était une rechute de celle de 2014.

En effet, lorsque ce médecin a établi sa seconde attestation, le 21 juillet 2015, il est hautement vraisemblable, et ceci au degré de la vraisemblance prépondérante qu'il l'ait à nouveau fait suite à une nouvelle intervention de son patient. Revenant sur les explications données par téléphone au collaborateur de l'OCE, il certifie que le cas du 27 avril 2015 est un nouveau cas et qu'il ne s'agit pas d'une rechute du 13 février 2014. Il explique ce second revirement par le fait qu'il aurait été surpris, interrogé d'une manière « illégale » par téléphone par un collaborateur de l'office cantonal de l'emploi. Il confirme que toutes les informations données par téléphone sont complètement fausses et erronées car il avait dû communiquer pendant ses consultations aux urgences.

La chambre de céans retient tout d'abord qu'en affirmant que les indications données par téléphone au chef de service du PCM seraient fausses et erronées, il confirme implicitement ses déclarations, consignées dans la note du collaborateur de l'intimé. Il n'est toutefois pas crédible lorsqu'il prétend avoir donné des informations erronées parce qu'il se serait trouvé en pleine consultation d'urgence. En effet, lorsqu'il a été interpellé par téléphone par le PCM, il venait d'établir, quelques jours à peine auparavant, la première déclaration par laquelle il revenait sur les indications données le 30 juin 2015. À supposer même qu'il se fut alors trouvé en consultation, pour un autre patient, et n'ait pas eu le dossier du recourant sous les yeux, il est inimaginable qu'il ait pu alors se tromper. Il est inconcevable en effet, et ceci au degré de la vraisemblance prépondérante, que les circonstances dans lesquelles il a établi l'attestation du 16 juillet 2015, - son patient lui faisant le reproche d'avoir indiqué que son incapacité de travail actuelle serait une rechute de la précédente -, aient pu ne pas le marquer. En lisant certains écrits et propos virulents du recourant à l'égard de l'intimé, voire à l'égard de son propre médecin traitant dans ses dernières écritures, - où il le désavoue tout simplement en prétendant lui faire supporter les conséquences de ce qu'il considère avoir été une erreur de sa part -, on imagine aisément et sans arbitraire que l'entrevue a dû être à tout le moins vive, le patient ayant à peine appris que le PCM lui refusait le droit aux prestations en cas d'incapacité. Ainsi, à quelques jours d'intervalle le médecin ne pouvait qu'être parfaitement au clair sur ce dossier au moment où il a été interpellé par le chef des PCM, urgence ou pas, dossier sous les yeux ou pas.

Mais il y a plus: il ne faut pas oublier non plus que c'était déjà lui qui avait suivi le patient à l'époque de la première incapacité de travail, en 2014, et qu'il était ainsi particulièrement bien placé pour savoir que l'incapacité de travail dès le 27 avril 2015 était manifestement en lien avec la précédente, - à supposer même qu'il y ait eu interruption véritable de cette incapacité entre fin janvier et la dernière semaine d'avril 2015 : l'explication du recourant lors de sa comparution personnelle devant la chambre de céans permet en effet de douter de la réalité d'un rétablissement même temporaire de la capacité de travail, passant, de façon programmée (le

---

27 janvier 2015) pour le 1<sup>er</sup> février 2015 de 0 % à 100 % pour permettre au patient de s'inscrire au chômage. On se référera également à ce sujet au rapport du médecin-conseil de l'assureur perte de gain de l'ancien employeur, qui décrit une problématique remontant déjà à plusieurs années avant 2014. Les nausées, vomissements et autres problèmes gastriques, de stress et d'anxiété étaient déjà au cœur du problème en 2014 et le Dr D\_\_\_\_\_ avait traité le patient pour ces problèmes gastriques et autres, déjà à l'époque: il avait réalisé des examens sur le plan digestif, mettant en évidence une gastrite à HP traitée dix jours par thérapie d'éradication, malheureusement sans changement des symptômes. Il avait alors adressé le patient à un gastro-entérologue qui, après gastroscopie, avait expliqué que les symptômes étaient dus au stress et à l'angoisse. Depuis sa mise en incapacité de travail il décrivait l'apparition d'épisodes d'anxiété, ainsi qu'une sensation d'irritabilité, d'où l'intervention d'un psychiatre à l'époque. En avril 2015, dans le meilleur des cas - s'ils avaient effectivement disparu – ces symptômes ne faisaient donc que réapparaître. Le médecin-traitant ne pouvait l'ignorer et c'est ainsi en pleine connaissance de cause qu'il a répondu clairement le 30 juin 2015 que l'incapacité de travail actuelle était une rechute de celle de 2014 à fin janvier 2015.

Tout ceci explique de manière claire la raison pour laquelle, le médecin traitant, interpellé par l'intimé à fin juin 2015 sur l'origine de l'incapacité de travail actuelle, a spontanément confirmé le 30 juin 2015 qu'il s'agissait d'une rechute de celle de février 2014. Ses revirements successifs ultérieurs n'ont aucune crédibilité. C'est ainsi à juste titre que l'intimé a retenu, conformément à la jurisprudence rappelée ci-dessus, le principe de la "première déclaration", faite alors que le médecin n'était pas conscient des conséquences juridiques que pourraient avoir les renseignements donnés, d'autant – comme on l'a vu – que la valeur probante de cette première explication est corroborée par bien d'autres éléments et pièces du dossier, en particulier le rapport médical de l'époque émanant du médecin-conseil de l'assureur perte de gain.

e. Ainsi, l'examen du cas d'espèce, comme le prescrit la jurisprudence (ATF 120 V 112) montre bien que les circonstances du cas d'espèce, en particulier de la nature de l'affection, et les motifs qui ont conduit à l'inscription de l'intéressé au chômage étaient essentiellement fondés sur des considérations d'ordre social et ainsi, l'on doit conclure non pas au rétablissement de la capacité de gain mais à une tentative de réinsertion professionnelle qui a échoué, ceci au demeurant, après moins de trois mois.

f. Au demeurant, le recourant était parfaitement conscient de ce que les causes de son incapacité dès avril 2015 étaient les mêmes que de février 2014 à fin janvier 2015. C'est en effet en vain, et d'une manière relevant d'une mauvaise foi évidente qu'il a tenté de convaincre la chambre de céans, après l'intimé, de ce que les causes de l'incapacité de travail actuelle seraient différentes des précédentes, en voulant pour preuve qu'il avait depuis un certain temps, des maux de tête, des maux d'estomac, des vertiges et mal au bas du dos, et que c'est pour cette raison que son

---

médecin traitant l'avait mis en arrêt de travail dès le 27 avril 2015, lui prescrivant des médicaments différents de ceux qu'il prenait pour son affection psychique de 2014.

g. A cela s'ajoutent encore d'autres éléments allant dans le même sens,: il est ainsi par exemple troublant, pour un profane du droit, que dans son opposition du 9 juillet 2015, il ait précisément relevé, à ce stade comme seul argument à l'appui de son opposition (en attendant le retour de son médecin), que son «arrêt de travail avait commencé le 27 avril 2015, soit 3 mois après son inscription qui date du 27 janvier 2015 »... La question peut rester ouverte de savoir ce que le recourant avait en tête par cette remarque.

h. Il n'est pas anodin non plus de constater que le 28 juillet 2015 l'assuré s'est réinscrit à l'ORP, sur la base d'un certificat médical « de reprise » de son médecin traitant du jour-même, dont la teneur est pour le moins insolite : il fait implicitement référence à une "capacité" (recte: incapacité) de travail du 1<sup>er</sup> juillet 2015, précisant, le 28 juillet 2015, après avoir indiqué que la capacité de travail est de 100 % dès le 1<sup>er</sup> août 2015, que l'autorisation de sortir lui est donnée dès le 1<sup>er</sup> juillet). Ce certificat, à emplois multiples, faisait à la fois le lien avec le précédent arrêt de travail valable à fin juin 2015, - pour justifier en cas de besoin un droit éventuel à des prestations pendant le mois de juillet -, avec la précision, si nécessaire, que le patient était autorisé à sortir dès le 1<sup>er</sup> juillet... ; il devait d'autre part permettre à ce dernier de se ré-inscrire à l'ORP dès le 1<sup>er</sup> août, ce qu'il a fait.

Il ressort de tout ce qui précède que le médecin traitant a perdu toute crédibilité, en agissant ou réagissant au gré des demandes ou exigences de son patient. Quant à ce dernier, il n'hésite pas, dans ses dernières observations, à écrire (textuellement) qu'il est *«inadmissible, qu'en Suisse, avec tout ce qu'on paye en assurances, pour le médecin, on puisse se faire sanctionner sans raison. J'ai été malade et sous certificat médical, donc sous sa responsabilité, alors je ne vois pas pourquoi c'est moi qui doit et qui a été sanctionner » !*

11. Au vu de ce qui précède, la chambre de céans considère qu'il est inutile de procéder à des actes d'instruction complémentaires, notamment - comme l'intimé l'a proposé - de procéder à l'audition du médecin traitant, de son assistante médicale et du médecin-conseil de l'OCE, car, quelles que soient les explications que ces personnes pourraient donner, notamment en relation avec les diverses «attestations» produites par le recourant dans le cadre de cette procédure, que ces dernières soient confirmées ou non par leur auteur présumé, cela ne changerait rien à l'issue du litige.
12. Il résulte de ce qui précède que c'est à juste titre que l'intimé, par sa décision du 3 juillet 2015, a nié au recourant le droit aux prestations cantonales en cas d'incapacité passagère de travail dès le 27 mai 2015, et ce pour la durée de son arrêt maladie (ayant duré jusqu'au 31 juillet 2015), décision confirmée sur opposition le 1<sup>er</sup> septembre 2015.

Le recours sera donc rejeté.

13. A teneur de l'art. 89H LPA, la procédure est gratuite. Toutefois, les débours et un émolument peuvent être mis à la charge de la partie qui agit de manière téméraire ou témoigne de légèreté. En l'espèce, force est de constater que le recours a été interjeté de manière téméraire, la mauvaise foi du recourant étant patente, comme cela a été relevé ci-dessus à plusieurs reprises, de sorte qu'il sera condamné au paiement d'un émolument de CHF 500.-.

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Met un émolument de justice de CHF 500.- à la charge du recourant.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Florence SCHMUTZ

Mario-Dominique TORELLO

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'au Secrétariat d'État à l'économie par le greffe le