

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2286/2015

ATAS/979/2015

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 18 décembre 2015

3^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née en 1978, s'est inscrite à l'office cantonal de l'emploi (ci-après : l'OCE) le 11 décembre 2013 pour le 1^{er} janvier 2014, en déclarant être disposée à travailler à 100% en qualité d'employée d'administration.
2. Un délai-cadre d'indemnisation valable jusqu'au 31 décembre 2015 a été ouvert en sa faveur, auprès de la caisse de chômage SYNA.
3. L'assurée a bénéficié à plusieurs reprises d'indemnités journalières fédérales pour cause de maladie, cumulant ainsi les 44 indemnités auxquelles elle avait droit durant son délai-cadre.
4. A l'annonce d'une nouvelle période d'incapacité dès le 23 février 2015, l'OCE a transféré au Service des prestations cantonales en cas de maladie (ci-après : le Service des PCM).
5. Il ressort des pièces versées à la procédure que l'assurée a été en incapacité de travail pour cause de maladie :
 - à 100% du 31 octobre 2014 (recte : 2013) au 5 janvier 2014, avec reprise du travail possible à 100% dès le 6 janvier 2014, comme attesté par certificat médical du 21 janvier 2014 du docteur B_____, médecin généraliste FMH ; le médecin traitant a fait état d'une affection chronique lombosciatalgique empêchant le port d'objets lourds ;
 - à 100% du 23 février 2015 au 1er mars 2015, pour cause de bronchite et d'otite aiguë (cf. rapports et certificats médicaux établis par les médecins de la société SOS Médecins en mars 2015);
 - à 100% à compter du 2 mars 2015 pour cause de dysménorrhée (cf. rapports et certificats médicaux établis par SOS Médecins en mars 2015) ;
 - à 100% du 3 au 23 mars 2015 (cf. certificats établis en date des 3 et 16 mars 2015 par le Dr B_____) ;
 - à 100% du 23 mars au 31 mai 2015 (cf. certificat du 23 mars 2015 du docteur C_____, psychiatre et psychothérapeute FMH - dont le médecin traitant avait indiqué qu'il suivait l'assurée pour un état anxio-dépressif depuis mars 2015 - et certificat du 30 avril 2015 du docteur D_____, psychiatre et psychothérapeute FMH).
6. Par courrier du 10 mars 2015, le Service des PCM a interrogé le Dr B_____ sur les diagnostics relatifs aux arrêts de travail de l'assurée.

Le Dr B_____ a répondu comme suit : « lombalgies communes non-déficitaires ; état anxio-dépressif post-partum ; hernie discale de la ligne blanche ».

À la question portant sur le diagnostic précis ayant entraîné l'incapacité de travail dès le 3 mars 2015, le Dr B_____ a répondu comme suit : « lombalgies communes non-déficientes ; état anxio-dépressif ».

À la question sur l'existence d'un lien direct entre l'arrêt de travail du 3 mars 2015 avec celui ayant débuté le 31 octobre 2013, le Dr B_____ a répondu « non ».

7. Par courrier du 30 mars 2015, le docteur E_____, médecin-conseil de l'OCE a confirmé qu'au vu des renseignements médicaux obtenus, les problèmes de santé de l'assurée qui avaient motivé l'arrêt de travail du 3 mars 2015 étaient en lien avec ceux qui avaient engendré l'incapacité de travail du 31 octobre 2013 au 5 janvier 2014.
8. Par décision du 30 mars 2015, le Service des PCM de l'office cantonal de l'emploi (ci-après : l'OCE ou l'intimé) a nié à l'assurée le droit aux PCM dès le 23 février 2015 et pour toute la durée de son incapacité de travail, au motif que la cause de cette incapacité était intervenue avant son affiliation à l'assurance.
9. Par courrier du 20 avril 2015, l'assurée s'est opposée à cette décision en faisant valoir que les causes de son incapacité de travail actuelle n'étaient en aucun cas liées aux douleurs de dos qui l'avaient empêchée de travailler du 31 octobre 2013 au 5 janvier 2014.

Elle a souligné que le Dr B_____ avait d'ailleurs répondu par la négative à la question de savoir s'il existait un lien direct entre l'arrêt de travail du 3 mars 2015 et celui ayant débuté le 31 octobre 2013.

10. Invité par l'OCE à se déterminer, le service des PCM a campé sur sa position en se référant à l'avis de son médecin-conseil.
11. Par décision du 29 mai 2015, l'OCE a confirmé celle du Service PCM.

L'OCE s'est référé à l'avis du Dr E_____ et a relevé que les diagnostics mentionnés par le Dr B_____ concernant les arrêts de travail de 2013 et 2014 étaient identiques à ceux posés en relation avec l'arrêt de travail du 3 mars 2015 - à savoir des lombalgies et un état anxio-dépressif.

Pour le reste, il a rappelé qu'en cas de divergence entre le médecin-conseil de l'OCE et le médecin traitant, l'avis du premier prévaut.

12. Par pli du 29 juin 2015, l'assurée a interjeté recours auprès de la Cour de céans en reprenant les arguments développés dans son opposition.

Elle rappelle que le Dr B_____ a indiqué l'avoir traitée pour plusieurs pathologies, notamment des douleurs dorsales, des états grippaux et d'anxiété, sans attester d'un lien de causalité direct entre ces différentes affections.

Elle précise que son incapacité du 31 octobre 2013 au 6 janvier 2014, était justifiée par des douleurs dorsales, alors que l'arrêt de travail du 3 mars au 31 mai 2015 l'était par un état anxio-dépressif.

A l'appui de son écriture, la recourante produit notamment une attestation de son médecin traitant du 29 juin 2015 certifiant que les symptômes propres à un état anxio-dépressif ne sont apparus qu'en mai 2014.

13. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 28 juillet 2015, a suggéré d'entendre les Drs E_____ et B_____. Dans l'intervalle, il a indiqué persister dans les termes de sa décision.
14. Entendu le 3 septembre 2015, le Dr E_____, médecin-conseil, a expliqué s'être fondé, pour répondre à la question qui lui avait été posée de savoir si les causes des différentes incapacités de l'assurée étaient identiques, uniquement sur les réponses succinctes du Dr B_____ au questionnaire de l'OCE et sur les certificats d'arrêt de travail qui lui avaient été transmis par l'OCE, constatant ainsi la parfaite similitude des diagnostics mentionnés.

Entendu lors de la même audience, le Dr B_____, médecin traitant de la recourante depuis 2012, a dit avoir déjà constaté chez sa patiente l'existence d'un état anxio-dépressif, avant et pendant sa grossesse, en 2013. Lorsqu'il l'a adressée, le 23 mars 2015, à un psychiatre, il pensait que l'état anxio-dépressif avait déjà engendré des incapacités de travail. A cet égard, le médecin-traitant a fait remarquer qu'il arrive souvent qu'un état anxio-dépressif soit dissimulé par des lombalgies, raison pour laquelle il lui était difficile de déterminer précisément quand il était apparu chez la recourante. En l'occurrence, aucune atteinte objective au plan lombaire ne ressortait des investigations menées.

Le Dr E_____ a alors indiqué que ces propos le confortaient dans son opinion que les incapacités de travail étaient en lien direct. Il a rappelé que le Dr B_____ avait fait mention d'un état dépressif post-partum chez la recourante (dont l'accouchement avait eu lieu le 14 mai 2013).

Le Dr B_____ a confirmé avoir soupçonné, à l'époque, l'existence d'un état dépressif post-partum chez la recourante. Il a expliqué que, dans un tel cas de figure, il est d'usage de laisser s'écouler un peu de temps afin d'observer l'évolution du trouble, avant d'adresser le patient à un psychiatre.

N'étant pas un médecin spécialisé en psychiatrie, le Dr E_____ a alors fait part de son malaise face à la situation : il a concédé qu'il existe plusieurs types d'états anxio-dépressifs et a regretté que le diagnostic psychique ne soit pas établi plus précisément, afin de confirmer, sans plus de doute possible, l'existence d'un lien entre les deux incapacités.

La recourante a réaffirmé pour sa part n'avoir souffert en 2013 que de lombalgies ; selon elle, ses problèmes psychiques sont apparus postérieurement. D'ailleurs, ce n'est que le 23 mars 2015 que son état anxio-dépressif a justifié une consultation chez un spécialiste.

A l'issue de cette audience, l'intimé a persisté dans ses conclusions, tout comme la recourante.

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 depuis le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité, du 25 juin 1982 (loi sur l'assurance-chômage, LACI - RS 837.0) ainsi que des contestations prévues à l'art. 49 al. 3 de la loi en matière de chômage du 11 novembre 1983 (LMC – RS J 2 20), en matière de prestations complémentaires cantonales.

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LMC ne contenant aucune norme de renvoi, la LPGA n'est pas applicable (cf. art. 1^{er} et 2 LPGA).
3. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 49 al. 3 LMC et art. 89Ass de la loi de procédure administrative du 12 septembre 1985, LPA – E 5 10).
4. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'intimé de nier à la recourante le droit aux PCM à compter du 23 février 2015.
5. Au niveau fédéral, l'art. 28 al. 1 LACI prévoit que les assurés qui, passagèrement, ne sont aptes ni à travailler, ni à être placés ou ne le sont que partiellement en raison d'une maladie (art. 3 LPGA), d'un accident (art. 4 LPGA) ou d'une grossesse et qui, de ce fait, ne peuvent satisfaire aux prescriptions de contrôle, ont droit à la pleine indemnité journalière fédérale s'ils remplissent les autres conditions dont dépend le droit à l'indemnité. Leur droit persiste au plus jusqu'au 30^{ème} jour suivant le début de l'incapacité totale ou partielle de travail et se limite à 44 indemnités journalières durant le délai-cadre.

L'art. 21 LACI prévoit que cinq indemnités journalières sont payées par semaine.

Au niveau cantonal, l'art. 8 LMC prescrit que peuvent bénéficier des prestations cantonales en cas d'incapacité passagère de travail, totale ou partielle, les chômeurs qui ont épuisé leur droit aux indemnités journalières fédérales pour maladie ou accident, conformément à l'art. 28 LACI.

Les prestations sont servies au bénéficiaire dès la fin du droit aux indemnités au sens de l'art. 28 LACI jusqu'à concurrence de 270 indemnités journalières cumulées dans le délai-cadre d'indemnisation fédéral (art. 15 al. 1 LMC). Elles ne peuvent en outre dépasser le nombre des indemnités de chômage auquel le bénéficiaire peut prétendre en vertu de l'art. 27 LACI (art. 15 al. 2 LMC). Enfin, selon l'art. 14 al. 2 LMC, un délai d'attente de cinq jours ouvrables est applicable lors de chaque demande de prestations.

À teneur de l'art. 13 LMC, le versement de prestations est exclu dans le cas où il peut être déterminé par l'autorité compétente que les causes de l'incapacité de travail sont intervenues avant l'affiliation à l'assurance, pour autant qu'elles aient été connues de l'assuré. Les cas de rigueur demeurent réservés.

6. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales, le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3 ; ATF 122 V 157 consid. 1c).

7. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4 ; ATF non publié 8C_923/2010 du 2 novembre 2011, consid. 5.2).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de

la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 244/05 du 3 mai 2006 consid. 2.1).

8. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
9. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; ATF 122 V 157 consid. 1d).
10. En l'espèce, la recourante soutient que les causes de son incapacité de travail à partir du 23 février 2015, soit une bronchite, une dysménorrhée ainsi que des troubles anxio-dépressifs, ne présentent aucun lien, comme son médecin traitant l'a confirmé dans le questionnaire de l'OCE du 10 mars 2015, avec les lombalgies à l'origine de l'incapacité de travail qui a débuté le 31 octobre 2013 - antérieurement à son affiliation à l'assurance-chômage - et duré jusqu'au 5 janvier 2014.

Quant à l'intimé, il fait valoir qu'au vu de la similitude des diagnostics mentionnés par le médecin-traitant le 10 mars 2015 concernant les différents arrêts de sa patiente et de l'avis du médecin-conseil du 30 mars 2015, un lien direct existe entre l'incapacité du 31 octobre 2013 au 5 janvier 2014 et celle qui a débuté le 3 mars 2015.

En premier lieu, il convient de relever que l'argumentation développée par l'intimé en relation avec l'art. 16 RMC - aux termes duquel, en cas de divergence entre les médecins traitants et le médecin-conseil de l'office, c'est l'avis de ce dernier qui prévaut - n'est pas pertinente. En effet, cet article ne trouve application que dans le cas où le médecin-conseil de l'office a procédé à un examen médical de l'assuré, ce qui n'est pas le cas en l'occurrence. De surcroît, dans la mesure où le questionnaire rempli par le médecin-traitant ne répond pas à tous les réquisits jurisprudentiels permettant de lui conférer une pleine valeur probante, la déduction qu'en a tirée le

Dr E_____ ne saurait se voir accorder une telle valeur. On relèvera enfin que le médecin-conseil a admis sa difficulté, en tant que non-spécialiste en psychiatrie, à se prononcer sur le cas d'espèce.

Lors de l'audience d'enquêtes du 3 septembre 2015, le Dr B_____ a précisé ne pouvoir déterminer le moment précis auquel il a diagnostiqué un état anxio-dépressif chez la recourante. Il a affirmé avoir soupçonné l'existence d'un état dépressif post-partum en 2013, mais n'avoir jugé nécessaire de l'adresser à un spécialiste qu'en mars 2015.

Par ailleurs, le Dr E_____ a concédé que plusieurs types de troubles anxio-dépressifs existent. À ce propos, il ressort du questionnaire rempli par le Dr B_____ que l'arrêt de travail du 31 octobre 2013 était justifié par un état anxio-dépressif post-partum alors que celui du 3 mars 2015 est motivé, entre autres, par un état anxio-dépressif.

Il convient également de noter que l'attestation d'incapacité du 21 janvier 2014 émise par le Dr B_____ concernant l'arrêt de travail du 31 octobre 2013 au 5 janvier 2014 fait uniquement état d'une affection chronique lombosciatalgique, sans mentionner l'existence d'un état anxio-dépressif.

Enfin, les diagnostics mentionnés par le Dr B_____ dans le formulaire du 10 mars 2015 ne se rapportent pas exclusivement à l'arrêt de travail du 31 octobre 2013 au 5 janvier 2014 mais concernent également, sans distinction, les incapacités de travail de la recourante postérieures à son inscription à l'assurance-chômage.

Au vu de ce qui précède, compte tenu du fait que l'atteinte évoquée par le médecin traitant en 2013 était directement consécutive à la grossesse et à l'accouchement de la recourante, c'est-à-dire à ces circonstances très particulières et limitées dans le temps, on ne saurait admettre, au degré de vraisemblance requis, un lien direct avec l'arrêt de travail ayant débuté deux ans plus tard, en mars 2015, motivé par un état anxio-dépressif sans doute réactionnel au licenciement de l'intéressée. S'il s'agit d'atteintes psychiques dans les deux cas, il est fort douteux qu'il s'agisse de la même.

Les éclairages apportés par les Drs B_____ et E_____, lors de l'audience d'enquêtes qui s'est tenue en date du 3 septembre 2015, permettent à la chambre de céans de se forger une appréciation et de statuer sur la question litigieuse. Partant, il n'y a pas lieu d'ordonner des mesures d'instruction complémentaires, par appréciation anticipée des preuves.

En conséquence, en date du 23 février 2015, à l'issue de son droit aux indemnités fédérales accordées durant le délai-cadre, la recourante, en incapacité de travail à 100%, avait droit - sous réserve du délai d'attente de 5 jours ouvrables (soit du 23 au 27 février 2015) - aux PCM cantonales, l'art. 13 LMC ne lui étant pas opposable.

Bien fondé, le recours est admis. La recourante a droit à l'indemnité PCM dès le 23 février 2015 et pour la durée de son incapacité de travail.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet au sens des considérants.
3. Annule la décision du 30 mars 2015.
4. Dit que la recourante a droit à l'indemnité PCM dès le 23 février 2015 et pour la durée de son incapacité de travail.
5. Renvoie la cause à l'intimé pour calcul des prestations dues.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. 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

La Présidente

Marie-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK

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