

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3681/2014

ATAS/919/2015

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 2 décembre 2015

4^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à THONEX, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Thierry STICHER

recourant

contre

SYNA CAISSE DE CHOMAGE, Administration Suisse Romande;
Route du Petit-Moncor 1a, VILLARS-GLANE

intimée

**Siégeant : Juliana BALDÉ, Présidente; Rosa GAMBA et Georges ZUFFEREY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1978, a travaillé en tant qu'informaticien pour la société B_____ (Switzerland) SA du 19 mai 2008 au 25 mars 2013.
2. Le 2 avril 2013, il s'est inscrit à l'office cantonal de l'emploi (ci-après: OCE) et a demandé à bénéficier d'indemnités de chômage à compter du 25 mars 2013.
3. Un délai-cadre d'indemnisation, du 26 mars 2013 au 25 mars 2015, a été ouvert en sa faveur.
4. Du 14 au 27 janvier 2014 inclus, il a été hospitalisé à la clinique de Belle-Idée et a présenté, durant cette période, une incapacité totale de travailler, attestée le 27 janvier 2014 par les HUG. Le même jour, SYNA caisse de chômage (ci-après : la caisse ou l'intimée) a reçu le formulaire « indications de la personne assurée » (IPA) du mois de janvier 2014. Sur ce document, l'assuré avait annoncé une incapacité de travail pour cause de maladie du 14 au 27 janvier 2014.
5. À sa sortie d'hôpital, l'assuré a été suivi par la Doctoresse C_____, du centre ambulatoire de psychiatrie et psychothérapie intégrée (CAPPI) des Eaux-Vives.
6. Sur la feuille IPA du mois de février 2014, l'assuré a indiqué qu'il n'avait pas été en incapacité de travail au cours de cette période. Aussi la caisse lui a-t-elle versé les indemnités journalières correspondantes le 24 février 2014.
7. Par certificat du 14 mars 2014, la Dresse C_____ a attesté que l'assuré présentait une incapacité de travail complète du 1^{er} au 31 mars 2014 inclus.
8. En avril 2014, l'assuré a participé à un programme d'emploi temporaire fédéral en accomplissant un stage de requalification auprès d'un service de l'Etat en qualité de développeur d'applications.
9. Du 17 au 22 avril 2014, l'assuré a été hospitalisé une nouvelle fois à la clinique de Belle-Idée. Sa capacité de travail était alors nulle. Il l'a toutefois recouvrée à moitié le 23 avril, puis intégralement à compter du 1^{er} mai 2014. Durant toute cette période, l'assuré a alterné la perception d'indemnités de l'assurance-chômage et de prestations cantonales en cas de maladie (PCM).
10. Par certificat du 29 août 2014, la Dresse C_____ a attesté que l'assuré présentait une incapacité de travail à 100% du 28 janvier au 28 février 2014 inclus. La caisse a reçu ce certificat le 24 septembre 2014.
11. Par décision du 26 septembre 2014, la caisse a refusé à l'assuré le droit aux indemnités journalières de l'assurance-chômage du 28 janvier 2014 au 28 février 2014, compensé les 24 indemnités journalières versées sur cette période avec celles dues pour le mois de septembre (CHF 5'951.85) et invité l'assuré à lui rembourser le solde de CHF 559.15 sous trente jours. Étant donné que l'assuré n'avait pas annoncé son incapacité de travail dans un délai d'une semaine à compter du début de celle-ci, qu'il ne l'avait pas non plus mentionnée sur la feuille IPA du mois de

février 2014, les indemnités, allouées à hauteur de CHF 6'511.- sur la période du 28 janvier au 28 février 2014 n'étaient en réalité pas dues.

12. Le 22 octobre 2014, l'assuré, agissant par l'entreprise d'un mandataire, a formé opposition à la décision du 26 septembre 2014, concluant à son annulation et à l'octroi du droit pour la période du 28 janvier au 28 février 2014. À l'appui de ses conclusions, l'assuré s'est fondé sur un certificat établi le 7 octobre 2014 par son médecin traitant, le docteur D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

Dans le cadre de la prise en charge thérapeutique de l'assuré, ce praticien lui avait conseillé, fin août 2014, de vérifier si la période d'incapacité de travail du 28 janvier au 28 février 2014 avait été dûment prise en compte sous l'angle du droit aux prestations de l'assurance-chômage. L'assuré était de bonne foi et dans l'ignorance totale de sa situation. En effet, il n'avait pas été clairement informé de son incapacité de travail complète par la Dresse C_____. Celle-ci ne lui avait d'ailleurs pas fourni de certificat. Elle ne lui avait pas non plus précisé clairement que son état pathologique durant cette période justifiait un congé maladie à 100%. C'est d'ailleurs en septembre 2014 seulement qu'il s'était adressé à la Dresse C_____ et qu'il avait obtenu ce certificat rétroactif pour le produire à la caisse. En outre, durant la période litigieuse, les troubles psychiques et l'importance des effets délétères de son traitement avaient incontestablement limité ses capacités intellectuelles, ce qui se traduisait par une limitation de ses aptitudes à accomplir des tâches administratives en général et à compléter les formulaires ORP et ceux de la caisse en particulier. Cette situation avait perduré en avril 2014. Alors qu'il avait commencé un stage à l'Etat, il avait même dû être hospitalisé une nouvelle fois avant de bénéficier d'un temps partiel thérapeutique. Selon le Dr D_____, qui précisait avoir recommandé à l'assuré de régulariser sa situation administrative, il était choquant que celui-ci encoure des sanctions réservées à des actes « volontairement fautifs » alors qu'il était dans l'ignorance complète de son statut durant la période litigieuse. Enfin, ce médecin invitait la caisse à vérifier les informations qu'il avait données auprès des médecins du CAPPI des Eaux-Vives, qui avaient traité l'assuré de février à fin mars 2014.

Sur la base de ces éléments, l'assuré a soutenu qu'il était dans un état de déni vis-à-vis de sa maladie et de l'incapacité de travail y relative. Aussi bénéficiait-il d'une excuse valable, à la fois pour avoir tardé à annoncer son incapacité de travail et pour n'avoir pas déclaré son arrêt maladie sur la feuille IPA qui était parvenue à la caisse le 21 février 2014.

13. Par décision du 30 octobre 2014, la caisse a rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 26 septembre 2014. Même si le Dr D_____ invoquait la diminution de l'aptitude de l'assuré à accomplir des tâches administratives, cela n'avait pas empêché celui-ci d'honorer un entretien avec son conseiller le 14 février 2014, lors duquel il lui avait annoncé qu'il n'était plus sous certificat médical. De plus, le formulaire de preuves de recherches d'emploi du mois de février, remis à l'OCE le

25 février 2014, montrait clairement que malgré les déclarations que l'assuré avait faites dans son opposition du 22 octobre 2014, celui-ci avait rempli ses devoirs de chômeur en faisant des recherches d'emploi, en se rendant à ses entretiens et en envoyant ses feuilles IPA à sa caisse de chômage sans aucun retard.

14. Par acte du 1^{er} décembre 2014, l'assuré a saisi la chambre de céans d'un recours à l'encontre de la décision sur opposition du 30 octobre 2014, concluant à son annulation et à la condamnation de la caisse à lui verser la somme de CHF 6'511.- plus intérêts à 5% dès le 1^{er} octobre 2014 (date moyenne).

Durant son hospitalisation à la clinique de Belle-Idée du 14 au 27 janvier 2014, le diagnostic de troubles bipolaires avait été posé. Toutefois, il se trouvait dans le déni complet de sa maladie et avait poursuivi des recherches d'emploi actives depuis l'hôpital, notamment par téléphone. À sa sortie d'hôpital, il avait été suivi par la Dresse C_____. Cependant, cette dernière ne lui avait pas remis d'attestation d'arrêt de travail. En effet, le certificat se rapportant à la période du 28 janvier au 28 février 2014 n'avait été établi que le 29 août 2014. Pour appuyer ses dires, le recourant a produit, outre ledit certificat, une autre attestation de ce médecin, datée du 14 octobre 2014. Il en ressort que du 28 janvier au 28 février 2014 inclus, le recourant avait été informé de son incapacité de travail « mais n'était pas capable de l'entendre, étant à ce moment peu conscient de sa maladie et les (sic) limitations que lui imposait son état ».

L'intimée avait nié son droit aux indemnités de chômage au motif qu'il n'aurait pas été apte au placement. Attendu que l'aptitude au placement se définissait par la disposition à accepter un travail convenable, à participer à des mesures d'intégration et par le fait d'être en mesure de le faire, il n'était pas du tout établi, en l'espèce, qu'il n'avait pas été apte au placement durant la période litigieuse, soit du 28 janvier au 28 février 2014. Au contraire, l'intimée, dans sa décision sur opposition, relevait avec quelle application il s'était acquitté de ses différentes obligations de recherches d'emploi. L'on ignorait par ailleurs si l'appréciation de la Dresse C_____ était ou non fondée quant à l'incapacité de travail et si cette incapacité concernait tous les domaines relatifs à une prise d'emploi. En tout état, la position de l'intimée selon laquelle il était parfaitement apte à avertir les autorités de son incapacité de travail, tout en estimant en même temps qu'il était inapte au travail, était quelque peu contradictoire. En l'absence d'autres éléments pertinents, force était de considérer que sa capacité de travail pour la période litigieuse était pleine et entière. De plus, l'intimée n'avait pas fait usage de la possibilité offerte par la loi de le faire examiner par un médecin-conseil en cas de doute sérieux quant à sa capacité de travail.

En envisageant le cas sous un angle différent, soit en partant du principe qu'il était incapable de travailler du 28 janvier au 28 février 2014 et donc inapte au placement, le droit à une pleine indemnité journalière persistait légalement jusqu'au 30^{ème} jour d'incapacité. Sauf excuse valable, cette incapacité de travail devait être annoncée au plus tard une semaine après son début. En l'espèce, il n'avait certes

pas annoncé sa maladie dans les délais, mais il disposait d'une telle excuse, à savoir une affection psychique l'empêchant de prendre conscience de son état. En effet, il ne pouvait annoncer une maladie dont il n'était pas conscient. Enfin, les conditions d'une restitution n'étaient pas réalisées.

15. Par réponse du 25 février 2014, l'intimée a conclu au rejet du recours. Ce n'est qu'en date du 24 septembre 2014 qu'elle avait reçu le certificat d'incapacité de travail se rapportant à la période du 28 janvier au 28 février 2014. Ainsi, l'annonce de l'incapacité de travail était tardive. En outre, le recourant n'avait pas d'excuse valable pour ce retard puisqu'il avait été informé de l'obligation de remplir correctement la feuille IPA sous peine de sanction. De surcroît, elle ne comprenait pas non plus pourquoi les médecins n'avaient pas remis le certificat d'incapacité en temps utile. En effet, la période litigieuse se trouvait entre deux incapacités – celles de janvier, respectivement mars 2014 – et tant le recourant que le médecin connaissaient leurs devoirs, le premier envers l'assurance-chômage et le second envers son patient lui-même. Rien n'empêchait le médecin d'éclairer le recourant sur sa situation médicale et de lui remettre un certificat d'incapacité pour la période querellée ou alors d'en informer directement la caisse. Compte tenu de ces circonstances, c'est à juste titre que le droit aux indemnités journalières avait été nié et la restitution de CHF 6'511.- demandée. Actuellement, le recourant ne devait plus rien car ce montant avait été entièrement compensé.
16. Par réplique du 12 mars 2015, le recourant a soutenu qu'il n'était pas conscient de sa maladie et qu'il n'avait donc pas la capacité d'en informer des tiers. Du reste, la Dresse C_____, dans son attestation du 14 octobre 2014, avait clairement indiqué qu'elle l'avait informé de son incapacité de travail. Ce qui posait problème, c'était qu'il ne recevait pas cette information. De plus, il était fort douteux qu'un médecin eût l'obligation d'adresser des avis médicaux à des tiers, tels les organes en charge de l'assurance-chômage. Cela excéderait manifestement le cadre de son mandat et serait par ailleurs susceptible de violer son secret professionnel. Imposer de telles exigences à un médecin, comme le faisait l'intimée, était largement exorbitant.
17. Par courrier du 13 avril 2015, l'intimée a indiqué qu'elle n'avait pas de remarque complémentaire à apporter.
18. Convoquée à l'audience de comparution personnelle des parties du 10 juin 2015, la représentante de l'intimée, en arrêt de travail, ne s'est pas présentée. Pour sa part, le recourant a expliqué que durant son hospitalisation à la clinique de Belle-Idée du 14 janvier au 27 janvier 2014, il était en plein déni. Ainsi, il ne savait pas pourquoi il était hospitalisé et pour quel motif on le considérait comme malade. L'hôpital lui avait délivré un arrêt de travail pour la période d'hospitalisation, qu'il avait remis en temps utile à la caisse. À sa sortie d'hôpital, il avait été suivi au CAPPI des Eaux-Vives par la Dresse C_____. Elle lui avait dit qu'il était en arrêt de travail, mais il ne pouvait pas l'accepter ni l'entendre. Il lui avait répondu qu'il avait des recherches d'emploi à faire et qu'il ne voulait pas être en arrêt de travail. Par la suite, au mois de mars 2014, il avait subi une rechute. À ce moment, il ne se sentait

pas capable de travailler et avait produit un certificat d'arrêt de travail. Depuis fin mars 2014, il était suivi par le Dr D_____. C'est en reparlant de sa situation médicale avec ce médecin et en cherchant à comprendre sa situation depuis janvier 2014 que ce dernier lui avait dit qu'il devait être en arrêt de travail depuis sa sortie de l'hôpital. Sur quoi, le recourant avait appelé la Dresse C_____. Elle lui avait alors répondu que durant la période litigieuse, elle lui avait indiqué qu'il ne pouvait pas travailler, mais qu'il n'avait pas voulu l'entendre ni recevoir de certificat d'arrêt de travail. C'est la raison pour laquelle la Dresse C_____ n'avait rédigé le certificat d'arrêt de travail correspondant qu'en date du 29 août 2014. Il avait envoyé ce certificat spontanément à l'intimée.

Le recourant a ajouté que les médecins avaient diagnostiqué un trouble bipolaire. Il avait été hospitalisé en janvier 2014 en raison d'une phase maniaque et en avril pour une phase dépressive. En phase maniaque, il était convaincu que c'est lui qui avait raison. Il avait tout fait pour démontrer qu'il n'était pas malade et qu'il pouvait faire des recherches d'emploi. Même lors de son hospitalisation en janvier 2014, il faisait des recherches d'emploi par téléphone depuis l'hôpital.

Pour sa part, le conseil du recourant a relevé qu'immédiatement après sa décision de restitution, la caisse avait compensé totalement sa « créance » en septembre 2014 et procédé à un complément de compensation sur les indemnités d'octobre. Si la chambre de céans avait un doute concernant le déni, il demandait l'audition de la Dresse C_____.

Au terme de l'audience, la cause a été 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^{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).

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

2. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA-GE - E 5 10).
3. Le litige porte sur le droit de l'intimée de réclamer au recourant le remboursement de la somme de CHF 6'511.- représentant les indemnités de l'assurance-chômage versées à tort du 28 janvier au 28 février 2014, du fait que le recourant n'avait pas

annoncé son incapacité de travail en temps utile, ainsi que sur son droit de compenser intégralement ce montant avec les indemnités journalières qu'elle lui aurait en principe versées pour le mois de septembre et une partie du mois d'octobre 2014.

4. Selon l'art. 8 al. 1 LACI, l'assuré a droit à l'indemnité de chômage s'il remplit plusieurs conditions, notamment s'il est sans emploi ou partiellement sans emploi, s'il a subi une perte de travail à prendre en considération et s'il est apte au placement.

Selon l'art. 28 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 (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 s'ils remplissent les autres conditions dont dépend le droit à l'indemnité. Leur droit persiste au plus jusqu'au trentième jour suivant le début de l'incapacité totale ou partielle de travail et se limite à 44 indemnités journalières durant le délai-cadre (al. 1). Les indemnités journalières de l'assurance-maladie ou de l'assurance-accidents qui représentent une compensation de la perte de gain sont déduites de l'indemnité de chômage (al. 2). Le Conseil fédéral règle les détails. Il fixe en particulier le délai dans lequel l'assuré doit faire valoir le droit à l'indemnité et les effets qu'exerce l'inobservation de ce délai (al. 3). 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 (al. 5).

Faisant usage de la délégation de compétence prévue à l'art. 28 al. 3 LACI, le Conseil fédéral a édicté l'art. 42 de l'ordonnance sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité du 31 août 1983 (OACI – RS 837.02) dont le Tribunal fédéral a reconnu la légalité (ATF 117 V 247 consid. 3c). Aux termes de cette disposition réglementaire, les assurés qui entendent faire valoir leur droit à l'indemnité journalière en cas d'incapacité passagère totale ou partielle de travail sont tenus d'annoncer leur incapacité de travail à l'ORP, dans un délai d'une semaine à compter du début de celle-ci (al. 1). Si l'assuré annonce son incapacité de travail après ce délai sans excuse valable et qu'il ne l'a pas non plus indiquée sur la formule «Indications de la personne assurée», il perd son droit à l'indemnité journalière pour les jours d'incapacité précédant sa communication (al. 2).

Selon la jurisprudence relative à l'art. 42 OACI, le délai d'une semaine pour annoncer l'incapacité de travail en raison de maladie, d'accident ou de maternité est un délai de péremption qui entraîne, pour les assurés qui annoncent celle-ci tardivement – et sans excuse valable – la perte du droit à l'indemnité journalière pour les jours précédant l'annonce (ATF 117 V 244 consid. 3c).

5. Aux termes de l'art. 8 de la loi genevoise en matière de chômage, du 11 novembre 1983 (LMC - J 2 20) peuvent bénéficier des prestations en cas d'incapacité passagère de travail, totale ou partielle, les chômeurs qui ont épuisé leur droit aux indemnités journalières pour maladie ou accident, conformément à l'article 28 de la loi fédérale.

L'art. 9 al. 1 et 4 LMC prévoit que 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 loi fédérale et qui sont domiciliés dans le canton de Genève. Le chômeur est assuré pour toute la durée du délai-cadre d'indemnisation fédérale, sous réserve de sa sortie du régime d'assurance-chômage.

Les prestations sont égales aux indemnités de chômage perçues immédiatement avant l'incapacité de travail; la réalisation d'un gain intermédiaire est réservée (art. 11 al. 1 LMC). Toutefois, selon l'art. 19 al. 1 du règlement d'exécution de la loi en matière de chômage du 23 janvier 2008 (RMC – J 2 21), les prestations versées en vertu de l'article 11 de la loi cantonale ne peuvent pas être supérieures aux indemnités de chômage fédérales nettes perçues immédiatement avant l'incapacité de travail.

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'article 28 de la loi fédérale (art. 12 al. 1 LMC).

Les prestations sont servies au bénéficiaire dès la fin du droit aux indemnités au sens de l'article 28 LACI jusqu'à concurrence de 270 indemnités journalières cumulées dans le délai-cadre d'indemnisation fédérale (art. 15 LMC).

Tout cas d'incapacité totale ou partielle de travail entraînant une inaptitude au placement doit être annoncé conformément au droit fédéral et accompagné de la production d'un certificat médical (art. 14 al. 1 RMC).

Lorsque le droit aux indemnités journalières au sens de l'article 28 de la loi fédérale est épuisé ou sur le point de l'être, la caisse de chômage en informe sans délai l'assuré et l'autorité compétente [i.e : l'OCE ; art. 3 RMC]. Elle adresse à l'assuré une formule de demande de prestations cantonales, à faire parvenir, accompagnée d'un certificat médical, à l'autorité compétente dans un délai de cinq jours ouvrables (art. 14 al. 2 RMC).

6. a. Aux termes de l'art. 95 al. 1 LACI, la demande de restitution est régie par l'art. 25 LPGA.

Selon cette dernière disposition, les prestations indûment touchées doivent être restituées, la restitution ne pouvant toutefois être exigée lorsque l'intéressé était de bonne foi et qu'elle le mettrait dans une situation difficile (al. 1). Le droit de demander la restitution s'éteint un an après le moment où l'institution d'assurance a eu connaissance du fait, mais au plus tard cinq ans après le versement de la

prestation. Si la créance naît d'un acte punissable pour lequel le droit pénal prévoit un délai de prescription plus long, celui-ci est déterminant (al. 2).

b. Au regard de la jurisprudence relative à l'art. 25 LPGA, la procédure de restitution des prestations implique trois étapes en principe distinctes : une première décision sur le caractère indu des prestations, soit sur le point de savoir si les conditions d'une reconsidération ou d'une révision procédurale de la décision par laquelle celles-ci ont été allouées sont réalisées (ATF 130 V 318 consid. 5.2 et les réf. citées ; arrêt du Tribunal fédéral C 207/04 du 20 janvier 2006 consid. 4) ; une seconde décision sur la restitution en tant que telle des prestations, qui comprend en particulier l'examen des effets rétroactifs ou non de la correction à opérer en raison du caractère indu des prestations, à la lumière de l'art. 25 al. 1, 1^{ère} phrase LPGA et des dispositions particulières et, le cas échéant, une troisième décision sur la remise de l'obligation de restituer au sens de l'art. 25 al. 1, 2^{ème} phrase LPGA (cf. art. 3 et 4 de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales du 11 septembre 2002 – RS 830.11, OPGA ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_678/2011 du 4 janvier 2002, consid. 5.1.1 et 5.2).

c. À teneur de l'art. 53 al. 1 LPGA, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant.

Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable (reconsidération).

Si la révision procédurale et la reconsidération ont pour point commun de remédier à l'inexactitude initiale d'une décision ("anfängliche tatsächliche Unrichtigkeit" ; Ueli KIESER, Gabriela RIEMER-KAFKA, Tafeln zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht, 5^{ème} éd. 2013, p. 140), la révision est la modification d'une décision correcte au moment où elle a été prise, compte tenu des éléments connus à ce moment, mais qui apparaît ensuite dépassée en raison d'un élément nouveau. En revanche, la reconsidération a pour objet la correction d'une décision qui était déjà erronée, dans la constatation des faits ou dans l'application du droit, au moment où elle a été prise (Boris RUBIN, Assurance-chômage, Traité, 2^{ème} éd. 2006, p. 822 et 825).

Les principes découlant de l'art. 53 LPGA sont aussi applicables lorsque des prestations ont été accordées sans avoir fait l'objet d'une décision formelle et que leur versement, néanmoins, a acquis force de chose décidée (ATF 126 V 23 consid. 4b et les arrêts cités).

7. Selon l'art. 94 al. 1 LACI, les restitutions et les prestations dues en vertu de la présente loi peuvent être compensées les unes par les autres ainsi que par des restitutions et des rentes ou indemnités journalières dues au titre de l'AVS, de l'assurance-invalidité, de la prévoyance professionnelle, de la loi du 25 septembre

1952 sur les allocations pour perte de gain, de l'assurance-militaire, de l'assurance-accidents obligatoire, de l'assurance-maladie, ainsi que des prestations complémentaires de l'AVS/AI et des allocations familiales légales.

L'extinction de la créance en restitution par voie de compensation ne peut intervenir qu'une fois qu'il a été statué définitivement sur la restitution et sur une éventuelle demande de remise. La jurisprudence admet une exception lorsque des prestations déjà versées à l'assuré sont remplacées par des prestations de valeur égale dues à un autre titre et qu'une compensation de ces deux types de prestations a lieu. Dans ce cas, il n'y a pas de place pour une remise éventuelle (arrêt du Tribunal fédéral 8C_130/2008 du 11 juillet 2008 consid. 3.2).

8. La plupart des éventualités assurées (notamment 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 (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), 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 (ATF 134 V 231 consid. 5.1).

Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêt 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Dans la conduite de la procédure, l'assureur dispose d'un large pouvoir d'appréciation en ce qui concerne la nécessité, l'étendue et l'adéquation de recueillir des données médicales (arrêt du Tribunal fédéral 8C_667/2012 du 12 juin 2013 consid. 4.1).

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 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 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 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d).

9. a. Le recourant fait valoir dans un premier moyen qu'il n'est pas du tout établi qu'il n'était pas apte au placement du 28 janvier au 28 février 2014. En effet, il s'était acquitté de ses obligations de recherches d'emploi durant la période litigieuse. Quant à l'appréciation de la Dresse C_____, on ignorait si celle-ci était ou non fondée en tant qu'elle retenait une incapacité de travail durant la période litigieuse. Pour sa part, l'intimée n'a pas jugé opportun d'ordonner un examen médical par un médecin-conseil, que ce soit du 28 janvier au 28 février 2014 ou à réception du certificat de la Dresse C_____ du 29 août 2014, se rapportant rétroactivement à cette période. En d'autres termes, elle ne doutait pas que le recourant fût apte au placement du 28 janvier au 28 février 2014. Toutefois, elle n'a pas non plus douté du contraire une fois en possession du certificat précité.

b. En prenant en considération le fait que le recourant a remis les justificatifs de ses recherches d'emploi effectuées en février 2014 en temps utile, qu'il s'est rendu à un entretien avec son conseiller le 14 février 2014 et qu'il a indiqué sur la feuille IPA du même mois qu'il était capable de travailler, force est de reconnaître qu'à première vue, le certificat de la Dresse C_____ du 29 août 2014 semble en contradiction avec le comportement du recourant. Il n'en est rien en définitive. Premièrement, ce certificat n'est contredit par aucun autre rapport médical, il est même corroboré par le certificat du Dr D_____, du 7 octobre 2014, qui atteste que le recourant était dans « l'ignorance complète de son statut durant la période litigieuse ». Deuxièmement, il ressort à la fois du certificat de la Dresse C_____ du 14 octobre 2014 et des déclarations du recourant devant la chambre de céans que celui-ci était convaincu – mais à tort – de sa capacité de travail, que ce soit au cours de son hospitalisation du mois de janvier 2014 ou durant la période litigieuse, compte tenu du déni qui accompagnait les phases dites « maniaques » de sa maladie.

Dans ces circonstances, la chambre de céans considère qu'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant présentait une incapacité de travail du 28 janvier au 28 février 2014 et qu'il n'était donc pas apte au placement durant cette période.

10. a. En l'espèce, il est constant que l'assuré n'a pas annoncé son incapacité de travail dans un délai d'une semaine à compter du début de celle-ci, que ce soit en remettant un certificat médical ou en complétant la feuille IPA du mois de février 2014 de façon idoine.

En ordonnant la restitution des indemnités de chômage relatives à la période du 28 janvier au 28 février 2014, d'un montant de CHF 6'511.-, l'intimée est revenue sur l'octroi de prestations qui avaient été accordées sans avoir fait l'objet d'une décision formelle.

Il y a lieu de considérer que le versement des indemnités sur cette période n'était pas manifestement erroné puisque l'intimée n'avait pas connaissance, à cette époque, de l'inaptitude au placement du recourant. Étant donné que l'annonce

tardive de cette dernière – soit au-delà du délai de sept jours de l’art. 42 al. 1 OACI – peut être qualifiée de fait nou

veau important au sens de l’art. 53 al. 1 LPGA et qu’en dehors de cas particuliers non réalisés en l’espèce, la révision procédurale produit un effet *ex tunc* (ATF 122 V 134 consid. 4d ; Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, 2^{ème} éd. 2009, p. 356 et 676), le recourant doit en principe restituer les indemnités journalières versées du 28 janvier au 28 février 2014, conformément à l’art. 25 LPGA.

b. Reste à examiner si la tardiveté de l’annonce s’explique par une « excuse valable » au sens de l’art. 42 al. 2 OACI.

La chambre de céans a eu l’occasion de traiter le cas d’un assuré souffrant d’une maladie psychiatrique grave. Elle avait constaté qu’il était médicalement attesté que celui-ci n’était pas en mesure de réclamer à son médecin un certificat d’incapacité de travail pour le transmettre ensuite à la caisse de chômage, et avait pris en considération le fait que dès que la mère du recourant s’était rendue compte de la nécessité de transmettre à l’autorité un certificat établissant l’incapacité de travail de son fils, elle en avait fait la demande au médecin et avait immédiatement communiqué ledit document à l’OCE. Partant, la chambre de céans a jugé dans ce cas que même si la transmission de l’attestation médicale, par la mère de l’assuré, était intervenue tardivement, il n’en existait pas moins une excuse valable au sens de l’art. 42 OACI (ATAS/724/2004 du 13 septembre 2014).

L’intimée soutient en substance que la diminution de l’aptitude du recourant à accomplir des tâches administratives, attestée par le Dr D_____, ne l’avait pas empêché d’honorer ses devoirs de chômeur. Durant la période litigieuse en effet, il avait fait des recherches d’emploi, s’était rendu à un entretien avec son conseiller le 14 février 2014 et avait rendu ses feuilles IPA à l’intimée sans aucun retard. Aussi ne bénéficiait-il d’aucune excuse valable pour ne pas avoir annoncé son incapacité de travail en temps utile.

Ces objections se révèlent infondées car elles ne tiennent pas compte du fait qu’il est médicalement attesté que durant la période litigieuse, le recourant avait certes été informé de son incapacité de travail par la Dresse C_____ mais qu’il n’était pas capable de l’entendre puisqu’il était, à ce moment, peu conscient de sa maladie et des limitations que lui imposait son état. Ceci est du reste corroboré par le comportement dont l’intimée entend tirer argument, mais de façon erronée puisque les tâches administratives accomplies constituaient des manifestations du déni de la maladie dont les effets incapacitants étaient, on l’a vu, bien réels. Dans ce contexte, marqué de surcroît par un élément de nature à le conforter dans sa conviction d’être apte au placement, à savoir l’absence de certificat d’incapacité délivré au cours de la période litigieuse, la chambre de céans est d’avis que le recourant disposait d’une excuse valable pour n’avoir pas annoncé son incapacité de travail en temps utile.

11. Au vu de ce qui précède, l’intimée aurait dû prendre en considération le certificat médical de la Dresse C_____ du 29 août 2014 attestant d’une incapacité de travail

du recourant du 28 janvier au 28 février 2014. Dans la mesure où l'incapacité de travail ayant débuté le 14 janvier 2014 s'est en réalité prolongée pour les mêmes motifs au-delà du 27 janvier 2014, l'intimée aurait dû modifier l'indemnisation du recourant en admettant le droit à des indemnités journalières jusqu'au 30^{ème} jour d'incapacité, soit jusqu'au 12 février 2014. Cela fait, elle aurait dû informer sans délai le recourant et l'OCE de l'épuisement du droit aux indemnités journalières au-delà de cette date et adresser au recourant une formule de demande de prestations cantonales selon les modalités fixées à l'art. 14 al. 2 RMC.

Pour le surplus, l'intimée n'était de toute manière pas en droit de compenser les indemnités du mois de septembre et une partie de celles du mois d'octobre 2014 avant que la décision de restitution ne fût définitive (cf. ci-dessus consid. 8). Le recourant a donc droit au versement de la totalité des arriérés de prestations, à hauteur de CHF 6'511.-, jusqu'à l'entrée en force de la décision de restitution, respectivement de celle relative à une éventuelle demande de remise. Étant donné que le droit aux indemnités journalières de septembre et octobre 2014 est né il y a moins de vingt-quatre mois, la somme de CHF 6'511.- ne porte pas intérêts (art. 26 al. 2 LPGA).

En conséquence, le recours sera admis et la décision sur opposition du 30 octobre 2014 annulée, la cause étant renvoyée à l'intimée pour nouvelle décision au sens des considérants.

12. Le recourant obtenant gain de cause et étant représenté, une indemnité de CHF 2'500.- lui est allouée à titre de participation à ses frais et dépens [art. 61 let. g LPGA; art. 89 H de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10) et art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 (RFPA - 5 10.03)].

Au surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision sur opposition du 30 octobre 2014 de SYNA Caisse de chômage.
4. Renvoie la cause à SYNA caisse de chômage pour nouvelle décision au sens des considérants.
5. Dit que le recourant a droit au versement des arriérés de prestations dus jusqu'à l'entrée en force de la décision de restitution, respectivement de celle relative à une éventuelle demande de remise, dans le sens des considérants.
6. Condamne l'intimée à verser au recourant la somme de CHF 2'500.- à titre de participation à ses frais et dépens.
7. Dit que la procédure est gratuite.
8. 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

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDÉ

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