

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/646/2016

ATAS/914/2016

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 7 novembre 2016

9^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Thomas BARTH

recourante

contre

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

intimé

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Maria Esther SPEDALIERO et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après l'assurée ou la recourante), ressortissante belge, née en 1978, a sollicité le versement d'indemnités de chômage dès le 1^{er} mars 2015 auprès de l'assurance-chômage du canton de Vaud. Le 1^{er} avril 2015, l'assurée a élu domicile à Genève et son dossier a été transféré à l'office cantonal de l'emploi (ci-après l'OCE ou l'intimé).
2. Dans un procès-verbal daté du 17 septembre 2015, sa conseillère de l'office régional de placement (ci-après l'ORP) a mentionné qu'elle avait dû déplacer leur entretien, car l'assurée avait dû se rendre en urgence dans sa famille à Bruxelles, en raison d'un gros problème personnel. Elle était en arrêt maladie depuis un mois et tentait de stabiliser sa situation. Elle ne disposait plus d'un logement à Genève, son compagnon l'ayant expulsée de leur domicile commun. Elle habitait temporairement chez une amie et pourrait peut-être disposer d'un logement dès le mois d'octobre. Son médecin, qu'elle devait consulter le lendemain, prolongerait probablement l'arrêt-maladie.
3. Par certificat du 19 août 2015, le docteur B_____, spécialiste FMH en médecine interne, a attesté d'une incapacité de travail totale de l'assurée, de cette date au 16 septembre 2015. Le 18 septembre 2015, il a prolongé l'arrêt de travail jusqu'au 16 octobre 2015.
4. Par courriel du 21 septembre 2015, l'assurée a informé sa conseillère de la prolongation de son arrêt de travail et lui a communiqué sa nouvelle adresse à Genève.
5. Par courriel du 8 octobre 2015, la conseillère a envoyé à l'assurée le formulaire d'allègement de contrôle pour maladie en lui demandant de le remplir.
6. Le 12 octobre 2015, l'assurée a répondu qu'elle n'avait pas encore rempli le formulaire, car elle attendait son avocat pour connaître les procédures à suivre. Elle demandait à sa conseillère si elle devait le faire en urgence et pour quel motif elle n'avait pas encore été payée pour le mois de septembre. Elle était sur le point de trouver une colocation à Genève, ce qui lui permettrait d'avoir une nouvelle adresse d'ici la fin du mois d'octobre. Son arrêt maladie se terminant le 16 octobre, elle demandait un rendez-vous pour discuter de sa situation.
7. Par courriel du même jour, la conseillère lui a confirmé leur entretien du 21 octobre suivant et lui a suggéré de parler à son avocat pour définir la meilleure manière pour elle de se défendre.
8. Selon un procès-verbal établi par la conseillère de l'assurée à la suite de l'entretien du 21 octobre 2015, cette dernière avait été dispensée de faire des recherches d'emploi en septembre, en raison du fait qu'elle était sous certificat médical du 18 août au 16 octobre 2015. L'assurée avait été expulsée de l'appartement qu'elle partageait avec son compagnon, qui l'avait harcelée. Sous le choc et sans domicile à

Genève, elle était retournée en Belgique auprès de ses parents afin d'y suivre un traitement. Entre-temps, elle avait fait des démarches pour retrouver un appartement à Genève. La conseillère mentionnait encore que l'assurée l'avait prévenue rapidement et qu'elle lui avait parlé d'un allègement de contrôle exceptionnel en la rendant attentive au fait qu'il fallait qu'elle régularise sa situation au plus vite. L'ancien compagnon de l'assurée l'avait dénoncée auprès de la caisse, qui avait stoppé en conséquence le paiement des indemnités en septembre. L'assurée était convoquée le 27 octobre suivant par leur enquêteur pour s'expliquer. Elle avait pris un avocat, car son ex-compagnon continuait à la harceler moralement.

9. À teneur du formulaire intitulé « Allègement de conseil et du contrôle », l'ORP, sous la signature de la conseillère, a donné, le 8 octobre 2015, son accord à la demande d'allègement formée par l'assurée pour la période du 19 août au 16 octobre 2015, au motif que son retour dans sa famille en Belgique était une aide et un soutien faisant partie du processus de prise en charge thérapeutique.
10. L'assurée a déclaré à un enquêteur de l'OCE (ci-après l'enquêteur), le 27 octobre 2015, que le 1^{er} avril 2015, elle s'était domiciliée chez son compagnon, à Genève. Du 19 août au 16 octobre 2015, elle avait obtenu de l'ORP un allègement du contrôle pour se rendre dans sa famille en Belgique. Depuis le 17 octobre 2015, elle dormait chez une amie à Puidoux et cherchait activement un appartement dans les cantons de Genève et Vaud.
11. Par courriel du 29 octobre 2015, l'assurée s'est étonnée auprès de l'enquêteur de n'avoir reçu pour le mois d'octobre que la somme d'environ CHF 3'800.-, alors qu'elle touchait d'habitude environ CHF 6'500.-.
12. Par courriel du 29 octobre 2015, le responsable du service des prestations de la caisse cantonale de chômage (ci-après le SPCCC), auquel le précédent message avait été transmis, a indiqué à l'assurée qu'elle avait été malade plus de 30 jours civils consécutivement, que la caisse avait payé ces 30 jours civils (du 19 août au 17 septembre) représentant 22 jours ouvrables, soit 9 jours en août et 13 jours en septembre et qu'après le 17 septembre, c'était le service des prestations cantonales en cas de maladie de l'OCE (ci-après les PCM) qui prendrait le relais. Elle n'avait probablement pas encore reçu les documents d'inscription à ce service qui lui avaient été envoyés. Elle n'avait donc touché que treize indemnités en septembre.
13. Le responsable des PCM a demandé, par courriel du 29 octobre 2015, à la conseillère de l'assurée, si elle avait prévenu cette dernière du fait qu'elle ne serait pas indemnisée par les PCM durant son séjour en Belgique.
14. La conseillère a répondu qu'elle ne l'avait pas fait, car elle ne le savait pas. Elle relevait que le responsable du SPCCC avait lui-même confirmé à l'assurée, par courriel du même jour, qu'elle serait indemnisée par le SPCM pour les jours restants.

15. Le responsable des PCM a informé l'assurée, par courriel du 29 octobre 2015, que malgré l'attestation de son médecin l'autorisant à retourner en Belgique, une décision de suspension des indemnités pendant son séjour hors du canton devrait être prise, car seule l'assurance pouvait autoriser un séjour hors canton, lequel ne pouvait être accordé que s'il se déroulait en Suisse. Une décision officielle serait prise à réception de sa demande de prestations PCM.
16. Par décision du 18 novembre 2015, le service de PCM, a suspendu le versement des prestations cantonales en cas d'incapacité passagère de travail de l'assurée pour la période du 18 septembre au 16 octobre 2015, relevant que l'autorité compétente pouvait autoriser un assuré à suivre une cure ou une convalescence prescrite par son médecin sur l'avis favorable du médecin-conseil de l'OCE et que seuls les lieux ou établissements de cure situés en Suisse et placés sous surveillance médicale pouvaient être pris en considération.
17. L'assurée s'est opposée à la décision précitée, concluant à son annulation et à l'octroi des prestations cantonales du 18 septembre au 16 octobre 2015. Elle a fait valoir qu'elle avait respecté son obligation en annonçant son incapacité de travail, dûment justifiée par un certificat médical attestant qu'un retour momentané dans sa famille en Belgique était nécessaire pour sa prise en charge thérapeutique. On ne pouvait raisonnablement admettre qu'elle pouvait se plier à cette mesure en Suisse. Les dispositions légales invoquées par l'OCE visaient l'hypothèse, non réalisée dans son cas, où l'autorité ordonnait un examen médical du demandeur d'emploi par un médecin-conseil de l'office.

L'assurée a joint à son opposition un certificat établi le 12 octobre 2015 par le Dr B_____, attestant qu'elle présentait une affection médicale et que le retour dans sa famille en Belgique était une aide et un soutien faisant partie du processus de prise en charge thérapeutique.
18. Par décision du 26 janvier 2016, l'OCE a écarté l'opposition. Selon la volonté claire du législateur, un assuré en arrêt de travail n'avait pas droit aux PCM s'il séjournait hors du lieu de son domicile, que ce soit en Suisse ou à l'étranger, sous réserve des cas de nécessité prévus par la loi, lesquels n'étaient pas réalisés en l'espèce. De plus, même si l'assurée avait l'accord de son médecin pour effectuer ce séjour à l'étranger, elle devait obtenir le préavis favorable du médecin-conseil de l'OCE, sous peine de suspension des prestations.
19. Par écriture du 26 février 2016, l'assurée a interjeté recours contre la décision de l'OCE du 26 janvier 2016 par devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice. Elle a conclu, sous suite de dépens, à son annulation et au versement des indemnités auxquelles elle avait droit en raison d'incapacité de travail du 18 septembre au 16 octobre 2015. Elle avait rempli ses obligations en annonçant à l'OCE son incapacité passagère de travail et en produisant le certificat médical du 12 octobre 2015. Du fait que sa famille résidait en Belgique, elle ne pouvait exécuter les mesures préconisées par son médecin en Suisse.

20. Dans sa réponse du 21 mars 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours, dès lors que la recourante n'avait amené aucun élément susceptible de modifier son appréciation.
21. Entendue par la chambre de céans le 26 septembre 2016, l'assurée a déclaré, notamment, qu'après avoir été mise à la porte par son compagnon, elle avait d'abord séjourné chez des amis, qui résidaient dans le canton de Vaud, puis qu'elle n'avait eu d'autre choix que de rentrer chez ses parents, en Belgique. Son médecin généraliste lui avait fait un certificat médical, qu'elle avait transmis à sa conseillère au chômage. Elle souffrait de dépression et avait besoin d'un support psychologique. Avant son départ en Belgique, sa conseillère lui avait expliqué que ses contrôles seraient allégés. Elles n'avaient pas parlé de la question de l'indemnisation; sa conseillère lui avait seulement dit que c'était le SPCM qui payait les indemnités après les 30 jours de maladie. Elle ne savait alors pas qu'elle ne recevrait pas d'indemnités, si elle ne résidait plus à Genève.

Elle avait fait des allers-retours entre la Belgique, Genève, le canton de Vaud et la France voisine, selon où elle logeait, partageant les semaines entre la Belgique et la Suisse. Lorsqu'elle était en Suisse, elle effectuait des démarches administratives et cherchait un appartement. Elle avait également déposé plainte pénale contre son ex-compagnon pendant cette période. Elle avait résidé à nouveau à Genève de manière permanente, dès le 1^{er} novembre.

Si, elle s'était rendue en Belgique pendant cette période, c'était parce qu'elle n'avait nulle part où aller; elle ne pouvait pas être tout le temps chez des amis. De plus, son support était sa famille. Elle n'avait pas séjourné à l'hôtel à Genève pour des questions financières et par peur de rencontrer son ex-compagnon. Elle avait été dans une situation vraiment difficile. Elle avait demandé les PCM le 17 novembre 2015, après avoir reçu le formulaire pour le faire.

Elle ne savait pas si elle avait reçu la documentation relative aux prestations du chômage, lors du transfert de son dossier à Genève. C'était probablement le cas, mais elle n'avait plus eu accès à ses affaires après que son compagnon l'avait mise à la porte. Sa conseillère lui avait donné les informations sur la procédure en cas de maladie pendant sa période d'arrêt maladie. Précédemment, elle ne s'était pas intéressée à la question. Lorsqu'elle avait informé sa conseillère du fait qu'elle était malade, celle-ci lui avait dit que si cette période durait plus d'un mois, elle devrait faire une demande PCM et qu'elles verraient cela en temps utile. Elle ne lui avait pas dit qu'elle pourrait ne pas être indemnisée.

22. Sur ce, 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 1er 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 (LACI - RS 837.0).

En vertu de l'art. 134 al. 3 let. b LOJ, la chambre des assurances sociales connaît en outre des contestations prévues à l'art. 49 al. 3 de la loi en matière de chômage du 11 novembre 1983 en matière de prestations cantonales complémentaires (LMC - J 2 20).

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

2. La décision querellée a trait aux prestations cantonales prévues par la LMC. Cette dernière ne contenant aucune norme de renvoi, la LPGA n'est pas applicable (cf. art. 2 LPGA).
3. Le recours a été interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (cf. art. 49 al. 3 LMC et art. 89 B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10)).
4. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations cantonales complémentaires de chômage en cas d'incapacité de travail pour la période du 18 septembre au 16 octobre 2015.
5. Le droit fédéral 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 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 (art. 28 al. 1^{er} LACI).

Aux termes de l'art. 8 LMC, 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 pour maladie ou accident, conformément à l'article 28 de la loi fédérale.

Selon l'art. 7 let. a LMC, les prestations complémentaires cantonales de chômage sont notamment les prestations en cas d'incapacité passagère de travail, totale ou partielle.

L'art. 12 LMC dispose que 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 (al. 1). L'assuré n'a pas droit aux prestations s'il séjourne hors du lieu de son domicile, que ce soit en Suisse ou à l'étranger; demeurent réservés les cas de nécessité. Le Conseil d'Etat règle la procédure et définit les cas de nécessité (al. 2). Les cas de nécessité médicale doivent recevoir l'aval du médecin-conseil de l'autorité compétente

(al. 3). Les prestations peuvent être versées lorsque l'incapacité donne lieu à une cure ou une convalescence se déroulant en Suisse (al. 4).

Les cas de nécessité sont énumérés à l'art. 17 al. 2 du règlement d'exécution de la loi en matière de chômage (RMC - J 2 20.01). Il s'agit notamment de l'ensevelissement à l'étranger du conjoint, du partenaire enregistré, d'un parent en ligne directe, d'un frère ou d'une sœur (maximum 5 jours ouvrables) (let. a); en cas de maladie grave de l'assuré, de l'obtention d'un traitement ou d'un avis médical spécialisé qui ne peut être obtenu dans le canton (durée fixée par le médecin-conseil de l'office) (let. b); d'une hospitalisation d'urgence de l'assuré (maximum 15 jours ouvrables) (let. c) (al. 2). Dans les cas prévus par l'alinéa 2, lettres a et b, l'assuré doit présenter sa demande avant son départ (al. 3). Dans tous les cas, l'assuré doit fournir les pièces justificatives demandées par l'autorité compétente (al. 4). Les demandes tardives ou sans pièces justificatives entraînent la suspension du versement des prestations pour la durée de l'absence. Toutefois, lorsque, dans les trois mois suivant la décision de suspension, l'assuré peut apporter la preuve qu'il a été empêché d'agir en temps utile pour une cause indépendante de sa volonté, le versement des prestations intervient rétroactivement (al. 5).

Aux termes de l'art. 18 RMC, sur avis favorable d'un médecin-conseil de l'office, l'autorité compétente peut autoriser l'assuré à suivre une cure ou à effectuer une période de convalescence prescrite par son médecin (al. 1). Seuls les lieux ou établissements de cures situés en Suisse, placés sous surveillance médicale et reconnus au sens des législations fédérales sur l'assurance en cas de maladie et d'accident, peuvent être pris en considération (al. 2).

6. Pour l'établissement des faits pertinents, il y a lieu d'appliquer les principes ordinaires régissant la procédure en matière d'assurances sociales, à savoir, en particulier, la maxime inquisitoire, ainsi que les règles sur l'appréciation des preuves et le degré de la preuve.

La maxime inquisitoire signifie que l'assureur social et, en cas de litige, le juge, établissent d'office les faits déterminants, avec la collaboration des parties, sans être lié par les faits allégués et les preuves offertes par les parties, en s'attachant à le faire de manière correcte, complète et objective afin de découvrir la réalité matérielle (art. 43 LPGA ; art. 19 s., 22 ss, 76 et 89A LPA ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, p. 499 s.). Les parties ont l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués ; à défaut, elles s'exposent à devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve (art. 28 LPGA ; ATF 125 V 193 consid. 2 ; 122 V 157 consid. 1a ; 117 V 261 consid. 3b et les références).

Comme l'administration, le juge apprécie librement les preuves administrées, sans être lié par des règles formelles (art. 61 let. c LPGA). Il lui faut examiner de

manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les pièces du dossier et autres preuves recueillies permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux.

Une preuve absolue n'est pas requise en matière d'assurances sociales. L'administration et le juge fondent leur décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute 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 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe 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 ; Ghislaine FRÉSARD- FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, op. cit., p. 517 s.).

7. En l'espèce, la lettre claire de la loi subordonne le droit aux PCM au séjour de l'assuré à son lieu de domicile, exception faite des cas de nécessité et des séjours de cure et de convalescence.

Lorsque le texte légal est clair, l'autorité qui applique le droit ne peut s'en écarter que s'il existe des motifs sérieux de penser que ce texte ne correspond pas en tous points au sens véritable de la disposition visée et conduit à des résultats que le législateur ne peut avoir voulus et qui heurtent le sentiment de la justice ou le principe de l'égalité de traitement. De tels motifs peuvent résulter des travaux préparatoires, du fondement et du but de la prescription en cause, ainsi que de sa relation avec d'autres dispositions (ATF 138 II 557 consid. 7.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 2C_738/2013 du 27 novembre 2013 consid. 3.1).

Le principe selon lequel l'assuré doit rester à Genève s'il veut percevoir des prestations en cas d'incapacité de travail – sous réserve de certaines exceptions – a été introduit par le projet de loi du Conseil d'Etat modifiant la loi en matière de chômage PL 8200, entré en vigueur le 1^{er} février 2003. Selon l'exposé des motifs relatif à ce projet de loi, des considérations liées au contrôle de la pertinence du versement des prestations justifient le maintien du domicile du bénéficiaire à Genève durant toute son incapacité de travail. Par ailleurs, afin que le but des cures et séjours de convalescence ne soit pas détourné, il importe de préciser que les prestations PCM ne sont versées à ce titre que pour autant que la cure ou la convalescence se déroule en Suisse. De la sorte, les risques d'abus constatés par l'autorité compétente sont écartés (Mémorial du Grand Conseil, MGC 2000 15/III 2379). Au vu des travaux préparatoires, le libellé de l'art. 12 LMC traduit tout à fait fidèlement la volonté du législateur. En outre, à l'évidence, le souci de lutter contre d'éventuels abus – que l'on retrouve au demeurant en droit fédéral s'agissant de la finalité des prescriptions de contrôle en matière d'incapacité de travail (ATF 117 V

244 consid. 3c) n'est pas incompatible avec les principes d'équité et d'égalité de traitement.

Partant, la chambre de céans n'a aucun motif de s'écarter de la lettre de l'art. 12 LMC.

Pour le surplus, il est patent que le cas d'espèce ne tombe sous le coup d'aucune des hypothèses visées à l'art. 17 al. 2 RMC réglant les cas de nécessité, ce qui n'est d'ailleurs pas allégué.

La recourante entend en revanche assimiler le retour dans sa famille à une cure ou un séjour de convalescence. Cependant, la loi réserve l'indemnisation de tels séjours à visées thérapeutiques à ceux qui se déroulent en Suisse d'une part, et dans des établissements médicaux reconnus au sens de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal - RS 832.10) ou de la loi sur l'assurance-accidents (LAA - RS 832.20) d'autre part. Aucune de ces conditions cumulatives n'est remplie en l'espèce, puisque le séjour de la recourante n'a pas eu lieu dans un tel établissement et qui plus est à l'étranger. En outre, il ne ressort pas du certificat du 12 octobre 2015 du Dr B _____ qu'un séjour dans la famille de la recourante en Belgique était indispensable du point de vue médical, puisque ce médecin a qualifié une telle mesure de simple aide et de soutien et non de nécessité pour le processus thérapeutique, et qu'il n'atteste pas que ce séjour a été ordonné par ses soins.

Enfin, même à supposer que le séjour familial doive être assimilé à une cure, force est de relever que la recourante ne s'est pas conformée aux prescriptions d'annonce ancrées à l'art. 18 RMC, contrairement à ce qu'elle allègue. En effet, elle n'a pas requis l'aval du médecin-conseil de l'OCE avant de se rendre en Belgique, et le certificat médical qu'elle a produit a été établi le 12 octobre 2015 seulement, soit presque au terme de son séjour hors de Suisse.

8. Il reste à examiner si l'assurée peut se prévaloir du principe de la bonne foi.

Selon un principe général, de rang constitutionnel, les organes de l'Etat et les particuliers doivent agir de manière conforme aux règles de la bonne foi (art. 5 al. 3 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse, du 18 avril 1999 - Cst. - RS 101). Ce principe est complété par un droit constitutionnel, source de prétentions justiciables devant les autorités et tribunaux, à savoir celui de toute personne d'être traitée par les organes de l'Etat conformément aux règles de la bonne foi (art. 9 Cst.).

Le principe de la bonne foi s'applique en matière d'assurances sociales. Le législateur en a ancré certaines de ses prémisses dans la LPGA et les lois spécifiques, à savoir le devoir de renseigner. Selon l'art. 27 LPGA, dans les limites de leur domaine de compétence, les assureurs et les organes d'exécution des diverses assurances sociales sont tenus de renseigner les personnes intéressées sur leurs droits et obligations (al. 1), chacun ayant au surplus le droit d'être conseillé, en principe gratuitement, sur ses droits et obligations, par les assureurs à l'égard desquels les intéressés doivent faire valoir leurs droits ou remplir leurs obligations

(al. 2) ; si un assureur constate qu'un assuré ou ses proches ont droit à des prestations d'autres assurances sociales, il les en informe sans retard (al. 3).

Des dispositions analogues existent en matière d'assurance-chômage. Les autorités cantonales conseillent les chômeurs et s'efforcent de les placer, et veillent à ce que les possibilités de réinsertion de chaque assuré soient clarifiées avec soin durant le premier mois de chômage contrôlé (art. 85 al. 1 let. a LACI); les organes d'exécution mentionnés à l'art. 76 al. 1 let. a à d LACI (donc notamment l'OCE et l'ORP) renseignent les assurés sur leurs droits et obligations entrant dans les domaines d'activité spécifiques, notamment sur la procédure d'inscription et leur obligation de prévenir et d'abréger le chômage (art. 19a al. 1 OACI). Les caisses renseignent les assurés sur leurs droits et obligations entrant dans le domaine d'activité des caisses (art. 81 al. 2 LACI).

D'après le Tribunal fédéral, le défaut de renseignement dans une situation où une obligation de renseigner est prévue par la loi, ou lorsque les circonstances concrètes du cas particulier auraient commandé une information de l'assureur, est assimilé à une déclaration erronée de l'administration, qui peut obliger celle-ci à consentir à un assuré un avantage contraire à la réglementation en vigueur, en vertu du droit constitutionnel à la protection de la bonne foi (art. 9 Cst.), à condition – selon les règles précitées dégagées de façon générale par la jurisprudence (consid. 6.a) – que l'autorité soit intervenue dans une situation concrète à l'égard de personnes déterminées, qu'elle ait agi ou soit censée avoir agi dans les limites de ses compétences, que l'assuré n'ait pas pu se rendre compte de l'inexactitude du renseignement obtenu, que la réglementation n'ait pas changé depuis le moment où l'assurance a été donnée, et que l'assuré se soit fondé sur les assurances ou le comportement dont il se prévaut pour prendre des dispositions auxquelles il ne saurait renoncer sans subir de préjudice (ATF 131 II 627 consid. 6.1 et les références citées ; ATAS/1120/2014 du 4 novembre 2014 consid. 6c ; ATAS/534/2012 du 23 avril 2012 consid. 5 ; ATAS/1243/2011 du 17 janvier 2012 consid. 5 à 8 ; ATAS/637/2009 du 15 mai 2009 consid. 5). En cas d'omission de renseigner, il faut que l'assuré n'ait pas eu connaissance du contenu du renseignement omis ou que ce contenu était tellement évident qu'il n'avait pas à s'attendre à une autre information (ATF 131 V 472 consid. 5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_601/2009 du 31 mai 2010 consid. 4.2).

En particulier, on déterminera si l'absence de renseignement ou de conseil a bel et bien conduit l'administré à un comportement préjudiciable. La protection de la bonne foi de l'administré n'a en effet pas lieu d'être protégée s'il n'y a pas de lien de causalité entre le renseignement erroné donné ou le défaut de renseignement et les dispositions prises par l'intéressé. Si ce lien de causalité est établi, l'intéressé mal renseigné doit être replacé dans la situation financière dans laquelle il aurait été s'il avait été mis en situation de réagir par rapport à des renseignements corrects et complets. On doit alors en principe supposer qu'il aurait adopté un comportement raisonnable. En revanche, si les circonstances tendent à démontrer que tel n'aurait

pas été le cas, l'intéressé ne pourra pas se prévaloir d'une violation de l'art. 27 LPGA (ATAS/637/2009 précité).

Le Tribunal fédéral a jugé qu'aucun devoir de renseignement ou de conseil au sens de l'art. 27 LPGA n'incombe à l'institution d'assurance tant qu'elle ne peut pas, en prêtant l'attention usuelle, reconnaître que la personne assurée se trouve dans une situation dans laquelle elle risque de perdre son droit aux prestations (ATF 133 V 249 consid. 7.2).

9. En l'occurrence, il ressort du dossier que la recourante a tenu sa conseillère régulièrement informée de sa situation, en particulier du fait qu'elle était sous certificat médical et qu'elle se rendait en Belgique. Dans ces circonstances, sa conseillère devait reconnaître que l'assurée se trouvait dans une situation dans laquelle elle risquait de perdre son droit aux prestations si son absence hors du canton se prolongeait et elle aurait dû attirer son attention sur ce point. L'assurée n'avait, à teneur de ses déclarations non contestées, pas connaissance du contenu du renseignement omis, qui n'apparaît pas si évident qu'une information ne s'imposait pas, preuve en est que la conseillère elle-même l'ignorait.

Reste à déterminer si l'absence de renseignement a conduit la recourante à un comportement préjudiciable. Elle a fait valoir dans son opposition et son recours, certificat médical à l'appui, qu'un retour momentané dans sa famille en Belgique était une aide et un soutien faisant partie du processus de prise en charge thérapeutique et qu'elle ne pouvait exécuter en Suisse les mesures préconisées par son médecin. Elle a précisé à la chambre de céans que si elle s'était rendue en Belgique pendant la période litigieuse, c'était parce qu'elle n'avait nulle part où aller et qu'elle ne pouvait être tout le temps chez des amis, qui résidaient sur le canton de Vaud, qu'elle était en dépression et que son support était sa famille qui résidait en Belgique. Elle n'avait pas séjourné à l'hôtel à Genève pour des questions financières et par peur de rencontrer son ex-compagnon.

Dans ces circonstances, au vu de son état maladif, de l'absence de proches dans le canton de Genève et du fait que son ex-compagnon y résidait, il n'apparaît pas établi, avec le degré de vraisemblance requis, que l'assurée, correctement renseignée, aurait mis fin à son séjour en Belgique pour résider à Genève pendant la période litigieuse.

Faute de lien de causalité établi entre le défaut de renseignements et le comportement préjudiciable de la recourante, celle-ci ne peut se prévaloir du principe de la bonne foi.

10. Infondé, le recours sera rejeté.
11. La procédure est gratuite (art. 89H al. 1 LPA).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
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

La présidente

Irene PONCET

Catherine TAPPONNIER

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