

GE_GERICHTE ATAS/243/2021 vom 23. März 2021

GE Cour de justice, 2021-03-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_243_2021

FR: GE_GERICHTE ATAS/243/2021 du 23 mars 2021

IT: GE_GERICHTE ATAS/243/2021 del 23 marzo 2021

Erwägungen

E. 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), 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 LACI. Elle connaît également, conformément à l'art. 134 al. 3 let. b LOJ, des contestations prévues à l'art. 49 LMC en matière de prestations cantonales complémentaires de chômage. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

La décision sur opposition querellée a trait aux prestations cantonales complémentaires de chômage prévues par la LMC. Cette dernière ne contenant aucune norme de renvoi, la LPGA n'est pas applicable (cf. art. 1 et 2 LPGA).

A/662/2020 - 9/15 -

E. 3

Interjeté dans les forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable art. 49 al. 3 LMC et art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

E. 4

Le litige porte sur le droit de la recourante au versement des PCM durant la période du 12 juin au 22 septembre 2019.

E. 5

a. Conformément à l'art. 28 al. 1 LACI, les assurés qui, passagèrement, ne sont aptes ni à travailler ni à être placés ou ne le sont que partiellement en raison d'une maladie (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 30ème jour suivant le début de l'incapacité totale ou partielle de travail et se limite à 44 indemnités journalières durant le délai-cadre. En l'occurrence, comme cela découle notamment de sa décision du 26 septembre 2019, l'intimé a versé à la recourante des indemnités journalières en cas d'incapacité passagère de travail, totale ou partielle, au sens de l'art. 28 LACI, du 14 mai au 11 juin 2019, ce dernier jour étant considéré comme le trentième jour suivant le début de l'incapacité totale de travail, en application de l'art. 28 al. 1 in fine LACI. S'ils ne sont pas assurés à titre individuel auprès d'une assurance perte de gain privée, les chômeurs ayant épuisé leurs droits selon l'art. 28 LACI peuvent se retrouver privés d'une compensation de leur perte de gain. C'est pourquoi, certains cantons ont

institué une assurance sociale perte de gain en faveur des chômeurs, appelée à compléter les prestations servies par l'assurance-chômage (Boris RUBIN, Commentaire de la loi sur l'assurance-chômage, 2014, n° 27 et 28 ad art. 28, p. 287). Tel est notamment le cas des cantons de Genève et de Vaud. b. En vertu de l'art. 8 LMC, première disposition du chapitre II intitulé « prestations en cas d'incapacité passagère, totale ou partielle de travail », peuvent bénéficier des prestations en cas d'incapacité passagère de travail, totale ou partielle – PMC –, les chômeurs qui ont épuisé leur droit aux indemnités journalières pour maladie ou accident, conformément à l'art. 28 LACI. Selon l'art. 12 al. 1 LMC, ayant pour titre « 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'art. 28 LACI. c. Aux termes de l'art. 14 LMC, la demande de prestations, accompagnée du certificat médical, doit être introduite par écrit auprès de la caisse de chômage de l'assuré dans un délai de cinq jours ouvrables à compter du début de l'inaptitude au placement et après épuisement du droit aux indemnités journalières au sens de l'art. 28 LACI. Le Conseil d'État règle les conséquences de l'inobservation des délais. Il règle également les délais et modalités d'information, notamment dans les

A/662/2020 - 10/15 - cas où l'incapacité est la prolongation directe d'une incapacité indemnisée selon l'art. 28 LACI (al. 1). Un délai d'attente est applicable lors de chaque demande de prestations (al. 2). Le Conseil d'État détermine la durée du délai d'attente qui ne peut excéder cinq jours (al. 3). En vertu de l'art. 14A LMC, l'assuré qui fait valoir son droit aux prestations est tenu de fournir gratuitement tous les renseignements nécessaires pour établir ce droit et déterminer les prestations dues (al. 1). Il est notamment tenu d'autoriser dans des cas particuliers toutes les personnes ou institutions, notamment les employeurs, les médecins, les assurances et organes officiels, à fournir des renseignements, pour autant que ceux-ci soient nécessaires pour établir le droit aux prestations. Les renseignements de nature médicale ne peuvent être transmis qu'aux médecins conseil (al. 2). Si l'assuré refuse de collaborer dans la mesure prévue aux al. 1 à 2, l'autorité compétente peut se prononcer en l'état du dossier. Au préalable, elle doit avoir adressé à l'assuré une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences (al. 5). d. Conformément à l'art. 14 RMC, 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 (al. 1). Lorsque le droit aux indemnités journalières au sens de l'art. 28 LACI est épuisé ou sur le point de l'être, la caisse de chômage en informe sans délai l'assuré et l'autorité compétente. 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 (al. 2). L'autorité compétente dresse par voie de directive interne la liste des documents complémentaires nécessaires à la demande de prestations. Ceux-ci peuvent notamment comprendre une pièce d'identité ainsi qu'une attestation de domicile (al. 3). Les demandes tardives ou incomplètes entraînent la suspension du versement des prestations. 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. 4). Si la demande ou d'autres documents sont adressés par erreur à une autorité ou caisse incompétente, ces dernières sont tenues de les transmettre à l'autorité ou à la caisse compétente, sans préjudice des droits de l'assuré (al. 5). À teneur de l'art. 14A RMC, un délai d'attente de deux jours ouvrables est applicable lors de chaque demande de prestations.

E. 6

La notification d'un acte soumis à réception, comme un jugement, une décision ou une communication de procédure, est réputée faite au moment où l'envoi entre dans la sphère de pouvoir de son destinataire (Pierre MOOR/Étienne POLTIER, Droit administratif, vol. II, 3ème éd., 2011, n. 2.2.8.3 p. 353 s). Il suffit que celui-ci puisse en prendre connaissance (ATF 137 III 308 consid. 3.1.2 ; ATF 118 II 42 consid. 3b ; arrêt du Tribunal fédéral 2P.259/2006 du 18 avril 2007 consid. 3.1).

A/662/2020 - 11/15 - Le fardeau de la preuve de la notification d'un acte et de sa date incombe en principe à l'autorité qui entend en tirer une conséquence juridique. En ce qui concerne plus particulièrement la notification d'une décision ou d'une communication de l'administration adressée par courrier ordinaire – ou simple –, elle doit au moins être établie au degré de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurance sociale (ATF 142 IV 125 consid. 4.3 ; ATF 124 V 400 consid. 2a et 2b ; ATF 121 V 5 consid. 3b ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_621/2007 du 5 mai 2008 consid. 4.2). L'autorité supporte donc les conséquences de l'absence de preuve (ou de vraisemblance prépondérante) en ce sens que si la notification ou sa date sont contestées et qu'il existe effectivement un doute à ce sujet, il y a lieu de se fonder sur les déclarations du destinataire de l'envoi (ATF 142 IV 125 consid. 4.3 ; ATF 129 I 8 consid. 2.2 ; ATF 124 V 400 consid. 2a et 2b ; arrêts du Tribunal fédéral 6B_30/2020 du 6 avril 2020 consid. 1.1.1 et 8C_621/2007 précité consid. 4.2). Si une autorité veut s'assurer qu'un envoi parvienne effectivement à la connaissance de son destinataire, elle doit le notifier par lettre recommandée, voire par lettre avec avis de réception. La seule présence au dossier de la copie d'une lettre n'autorise pas à conclure avec un degré de vraisemblance prépondérante que cette lettre a été effectivement envoyée par son expéditeur et qu'elle a été reçue par le destinataire (ATF 101 Ia 7 consid. 1 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances C 6/02 du 21 janvier 2003 consid. 3.2). La preuve de la notification d'un acte peut néanmoins résulter d'autres indices ou de l'ensemble des circonstances, en particulier de la correspondance échangée ou du comportement du destinataire, par exemple de l'absence de protestation de la part d'une personne qui reçoit des rappels (142 IV 125 consid. 4.3 ; ATF 105 III 43 consid. 3 ; arrêts du Tribunal fédéral 6B_30/2020 précité consid. 1.1.1 et C 6/02 précité consid. 3.2). Le destinataire ne peut invoquer l'absence de notification s'il a connaissance, d'une autre manière, de l'existence de la communication. En effet, les règles de la bonne foi imposent une limite au droit de se prévaloir d'un tel motif (ATF 122 I 97 consid. 3a/aa ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_621/2007 précité consid. 4.3).

E. 7

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).

E. 8

a. En l'espèce, il n'est à juste titre pas contesté que la caisse a requis de la recourante, par pli simple du 8 juillet 2019, les documents à présenter selon les art. 14A al. 1 LMC et 14 al. 2 et 3 RMC, notamment la formule de demande de

A/662/2020 - 12/15 - prestations cantonales, intitulée ici « questionnaire-demande de [PCM] », dans les cinq jours suivants la réception dudit courrier. En l'absence de réaction de l'intéressée, l'OCE a, par lettre recommandée du 17 juillet 2019, réitéré cette demande de documents, avec un délai au 29 juillet 2019. L'assurée conteste avoir reçu ces deux courriers, au motif que l'adresse qui était indiquée sur les enveloppes, ne contenaient pas la mention du logeur « H_____ ». En faveur de ces allégations, il convient de relever que la recourante n'a pas réagi après l'envoi de ces deux plis alors qu'elle l'a fait après celui du courrier simple prioritaire du 25 juillet 2019, et que la lettre recommandée du 17 juillet 2019 a été retournée à l'expéditeur avec la mention « Le destinataire est introuvable à l'adresse indiquée ». Au regard de ces circonstances, il y a lieu de retenir l'absence de preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, de la notification à l'intéressée des courriers de la caisse du 8 juillet 2019 et de l'office du 17 juillet 2019, sans qu'il soit établi que cela était dû à un éventuel manquement de la recourante. L'assurée n'a ainsi pu prendre connaissance de la lettre qui lui avait été adressée sous pli simple prioritaire du 25 juillet 2019 qu'à son retour de son hospitalisation aux HUG, soit dès le 3 août 2019, à une date non clairement identifiée. b. La recourante a déposé le 19 août 2019, soit seize jours après ledit 3 août, à l'accueil de l'OCE, les documents demandés – comme cela ressort de l'attitude ultérieure de celui-ci –, sauf la formule de demande de prestations cantonales au sens de l'art. 14 al. 2 RMC, intitulée ici « questionnaire-demande de [PCM] ». Par courriel du lendemain, soit du 20 août 2019, se référant à un entretien téléphonique avec un gestionnaire de l'OCE et à la remise la veille des documents manquants pour son dossier, et exposant ne plus retrouver le questionnaire- demande de PCM à la suite de son déménagement, l'intéressée en a demandé le réadressage par courriel, ce qui a été fait à la même date par un gestionnaire de l'office. Par courriel du 3 septembre 2019, l'assurée a sollicité de l'intimé l'envoi de ce questionnaire-demande par courrier. D'après les explications figurant dans sa réplique, la recourante ne pouvait en effet pas imprimer ledit questionnaire depuis sa messagerie. Après une nouvelle hospitalisation aux HUG du 2 au 4 septembre 2019, et à la suite de la réception dudit questionnaire-demande – probablement rempli – de la part de l'intervenante psychosociale de l'association dans le cadre de l'échange de courriels du 18 septembre 2019, l'intéressée a envoyé ledit document, daté du 17 septembre 2019 et signé, par courriel du 23 septembre suivant à l'office. c. Se pose dès lors la question de savoir si la recourante a ou non apporté la preuve qu'elle avait, après le 2 août 2019, été empêchée d'agir en temps utile pour une cause indépendante de sa volonté, au sens de l'art. 14 al. 4 RMC, les conditions de fond de l'éventuel octroi des PCM dès le 12 juin 2019 n'étant quant à elles ni contestées par l'intimé, ni contestables.

A/662/2020 - 13/15 - Il ressort de l'échange de courriels le 31 juillet 2019 de l'intéressée avec un « H_____ » qu'elle était alors non seulement hospitalisée (jusqu'au 2 août 2019) mais aussi limitée dans ses capacités pour déménager, jusqu'au 10 août 2019, déménagement pour lequel elle a été aidée par des amies et des familles. En outre, à la même période et par la suite jusqu'à l'accouchement le 4 novembre 2019, l'assurée présentait une grossesse à haut risque, qui nécessitait des consultations rapprochées, s'était rendue à plusieurs reprises aux urgences, avec notamment une hospitalisation du 2 au 4 septembre 2019, une diminution de l'activité physique et des déplacements étant fortement

requis dans ce contexte, comme attesté les 30 octobre 2019 et 6 avril 2020 par la Prof. E_____. Ainsi, c'est le 19 août 2019, soit neuf jours après le déménagement, rendu particulièrement difficile par les limitations de la recourante, que celle-ci a déposé la plupart des documents requis. Ce laps de temps de neuf jours est très légèrement inférieur au délai d'environ dix jours imparti par la lettre recommandée du 17 juillet 2019 pour produire les documents requis, tenant compte, pour les cinq jours ouvrables selon l'art. 14 al. 2 RMC, de la date de réception présumée dudit courrier. Le présent cas diffère de celui tranché par un arrêt récent de la chambre de céans, dans lequel il a été reproché à la personne concernée, qui faisait valoir qu'elle n'avait pas pu obtenir une attestation d'assurance, de ne pas avoir envoyé le formulaire de demande de PCM (au sens de l'art. 14 al. 2 RMC) en temps utile, même s'il manquait une pièce, en expliquant la situation, ou même de ne pas avoir contacté l'OCE, qui aurait pu la renseigner sur la possibilité d'obtenir l'attestation par le biais d'internet ou lui donner un délai supplémentaire pour produire la pièce manquante (ATAS/1300/2020 du 23 décembre 2020 consid. 7). Le 20 août 2019, lendemain du dépôt des documents à l'accueil de l'office, l'assurée a sollicité par courriel et obtenu par retour de courriel le questionnaire-demande de PCM. Certes, elle aurait dû demander à ce moment-là l'envoi de ce dernier document, à remplir, par courrier, ce qu'elle n'a fait que quatorze jours plus tard par courriel envoyé le mardi 3 septembre 2019, pendant son hospitalisation. Le courrier subséquent de l'intimé joignant ce document à remplir ne figure pas au dossier, mais il est vraisemblable qu'il a été reçu par la recourante autour du lundi 9 septembre 2019. Cela étant, le pli simple prioritaire de l'OCE du 25 juillet 2019 contenant la lettre du 17 juillet précédent ne fixait pas à l'intéressée un nouveau délai par rapport à celui du 29 juillet 2019 devenu sans objet, et l'intimé ne lui a par la suite pas non plus imparti un délai précis pour présenter les documents manquants. L'assurée pouvait ainsi, de bonne foi, se croire non tenue par le respect d'un délai précis, tout en devant faire diligence pour produire les documents requis par l'office dans un laps de temps raisonnable.

A/662/2020 - 14/15 - Vu l'ensemble de ces circonstances exceptionnelles et le principe de la bonne foi, compte tenu notamment de l'absence de fixation d'un nouveau délai dès août 2019 ainsi que des importantes limitations de la recourante en matière d'activité physique et de déplacements, de ses problèmes de santé (nausées et vomissements ainsi que diabète) diagnostiqués le 4 septembre 2019 par les HUG, de la nécessité d'éviter toutes situations générant un stress comme relevé le 2 octobre 2019 par l'association, de même que des difficultés à s'occuper, seule, de son premier enfant dans ce contexte, il est compréhensible qu'elle ait signé le questionnaire-demande de PCM seulement le 17 septembre 2019, l'ait reçu en copie par courriel du 18 septembre 2019 de l'intervenante psychosociale de l'association et l'ait envoyé cinq jours plus tard, par courriel du 23 septembre 2019, à l'office. Les faits établis par le dossier – sans qu'une audition des parties ou d'éventuels témoins soit nécessaire – montrent que l'intéressée n'a pas négligé les démarches à effectuer concernant son droit aux PCM, mais a accompli les efforts qu'elle pouvait fournir selon sa situation de l'époque. Au demeurant, la caisse n'a envoyé le pli simple du 8 juillet 2019 que vingt-sept jours après la fin du droit aux indemnités journalières fédérales le 12 juin 2019, à une période où la situation de la recourante s'était péjorée, et ce alors que ces courriers auraient dû, conformément à l'art. 14 al. 2 RMC, être envoyés sans délai. Au regard de l'ensemble des circonstances très particulières du présent cas, il y a lieu de retenir que l'assurée a été empêchée d'agir en temps utile pour une cause indépendante de sa volonté, au sens de l'art. 14 al. 4 RMC. d. En conséquence, la recourante a, en application de l'art. 14 al. 4 in fine RMC, droit au versement des PCM rétroactivement au 14 juin 2019,

car elle doit supporter un délai d'attente de deux jours conformément à l'art. 14A RMC, et ce jusqu'au jour précédant celui dès lequel l'intimé lui a reconnu ce droit, soit jusqu'au 22 septembre 2019.

E. 9

Vu ce qui précède, le recours sera admis et la décision sur opposition querellée annulée, l'intéressée ayant droit au versement rétroactif des PCM du 14 juin au 22 septembre 2019.

E. 10

La recourante, qui obtient gain de cause et est représentée par une avocate constituée en cours de procédure de recours a droit à des dépens qui seront fixés à CHF 1'000.-. (art. 89H al. 3 de la loi sur la procédure administrative du

E. 12

septembre 1985 (LPA-GE - E 5 10)). Par ailleurs, la procédure est gratuite (art. 89H al. 1 LPA). *****

A/662/2020 - 15/15 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.