

GE_GERICHTE A/1347/2013 vom 3. September 2013

GE Cour de justice, 2013-09-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1347_2013

FR: GE_GERICHTE A/1347/2013 du 3 septembre 2013

IT: GE_GERICHTE A/1347/2013 del 3 settembre 2013

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 03.09.2013 A/1347/2013

A/1347/2013 ATAS/857/2013 du 03.09.2013 (CHOMAG) , REJETE En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/1347/2013 ATAS/857/2013 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 3 septembre 2013 2ème Chambre En la cause Madame D _____, domiciliée à GENEVE recourante contre OFFICE CANTONAL DE L'EMPLOI, service juridique, rue des Gares 16, GENEVE intimé EN FAIT 1. Madame D _____ (ci-après l'assurée ou la recourante) s'est inscrite au chômage et plusieurs délais-cadre ont été ouverts en sa faveur par l'OFFICE CANTONAL DE L'EMPLOI (ci-après l'OCE ou l'intimé) du 6 octobre 2006 au 5 octobre 2008, du 6 octobre 2008 au 5 octobre 2010, puis du 8 février 2011 au 7 février 2013.![endif]>![if> 2. L'assurée – incapable de travailler pour cause de maladie - a été indemnisée à ce titre du 18 octobre 2006 au 23 novembre 2007 par la CAISSE DE CHÔMAGE SYNA (ci-après la caisse) puis par les prestations cantonales en cas de maladie (PCM). Informée le 25 septembre 2007 de la fin de l'indemnisation par les PCM le 23 novembre 2007, l'assurée a présenté un certificat "d'arrêt de travail du 8 au 23 novembre 2007", en prétendant par courrier du 16 novembre 2007 qu'il s'agissait d'un "certificat final de reprise". La caisse lui a ensuite versé des indemnités journalières du 27 novembre 2007 au 31 décembre 2008.![endif]>![if> 3. Durant toute cette période, l'assurée a systématiquement répondu par la négative aux questions de savoir si elle était affiliée à une assurance perte de gain et/ou si elle avait revendiqué ou reçu des prestations d'une autre assurance sociale sur le formulaire "Indications de la personne assurée" (IPA) remise chaque mois à la caisse. De même, lorsqu'elle s'est réinscrite le 30 novembre 2007 et le 20 octobre 2008 auprès de l'OCE, afin d'obtenir des indemnités de chômage, elle a indiqué qu'elle ne percevait pas d'indemnités journalières et n'avait pas sollicité de rente d'invalidité.![endif]>![if> 4. L'assurée a été mise au bénéfice d'une rente d'invalidité du 1er septembre 2007 au 31 décembre 2008 par décision du 10 février 2011. Sur les arriérés de rente de 31'392 fr., l'OAI a versé 25'136 fr. à la caisse, en compensation avec les indemnités versées du 1er septembre 2007 au 31 décembre 2008, et 5'558 fr. à la ZURICH ASSURANCE. ![endif]>![if> 5. C'est le 5 avril 2011 que la caisse a appris de la ZURICH que cette dernière avait versé à l'assurée 139'541 fr. du 18 octobre 2006 au 5 novembre 2008 au titre des indemnités journalières perte de gain maladie. L'assurée avait d'ailleurs régulièrement adressé à la ZURICH des "certificats d'arrêt de travail", émanant du même département médical des HUG que celui adressé à la caisse en novembre 2007, sans interruption du 8 novembre 2007 au 30 novembre 2008.![endif]>![if> 6. Entretemps, l'assurée a travaillé pour une entreprise au bénéfice d'allocations de retour au travail (AIT), en qualité de secrétaire pour un salaire de 7'000 fr./mois x 13, dès janvier 2009. Ainsi, c'est l'assurance-chômage qui payait à l'employeur un pourcentage dégressif du salaire durant les

6 premiers mois. Après son licenciement, l'assurée a été indemnisée par la caisse du 1er août 2009 au 31 mai 2010, sur la base d'un gain assuré de 7'500 fr. Après quelques mois d'autres activités, dont un placement du 26 août 2010 au 2 février 2011, l'assurée s'est à nouveau annoncée à l'OCE le 8 février 2011. Estimant alors que l'assurée ne démontrait pas avoir réellement perçu un salaire de 7'000 fr./mois en 2009, la caisse a entrepris de recalculer le gain assuré ayant déterminé l'indemnisation versée du 3 août 2009 au 31 mai 2010. Par décision du 14 juillet 2011, la caisse a réclamé la restitution d'un montant de 26'147 fr. 45 correspondant aux indemnités de chômage versées à tort pour la période du 3 août 2009 au 31 mai 2010. L'opposition formée par l'assurée a été rejetée par la caisse, en date du 21 décembre 2011. Le recours interjeté par l'assurée en date du 3 janvier 2012 auprès de la Cour de céans a été rejeté par arrêt du 8 janvier 2013 (ATAS/2/2013). Le recours interjeté auprès du Tribunal fédéral a été déclaré irrecevable (arrêt du 18 juin 2013; 8C_119/2013). Dans une seconde décision du 22 juillet 2011, la caisse a réclamé à l'assurée la restitution d'un montant de 52'126 fr. 50, représentant les indemnités indûment perçues du 18 octobre 2006 au 3 novembre 2006 et du 27 novembre 2007 au 31 décembre 2008. L'opposition formée par l'assurée a été rejetée par la caisse, par décision du 25 novembre 2011. L'assurée, qui avait interjeté recours contre la décision sur opposition auprès de la Cour de céans, l'a retiré à l'issue de l'audience du 6 mars 2012. A cette occasion, elle a admis qu'elle était totalement incapable de travailler lors de son inscription au chômage le 10 octobre 2006, que cette incapacité totale de travail avait duré deux ans jusqu'en 2008, qu'elle n'avait pas réalisé que l'addition des indemnités de chômage et de perte de gain de la ZURICH lui procurait un revenu supérieur à son dernier salaire et qu'elle ne contestait pas le droit de la Caisse de lui réclamer le remboursement de 52'126 fr. 50, mais sollicitait la remise de l'obligation de payer, en raison de sa bonne foi et de sa situation financière. Par arrêt du 20 mars 2012, la Cour de céans a pris acte du retrait du recours (ATAS/295/2012). Le 6 mars 2012, l'assurée a déposé auprès de la caisse une demande de remise de l'obligation de restituer le montant de 52'126 fr. 50. Par décision du 30 juillet 2012, le service juridique de l'OFFICE CANTONAL DE L'EMPLOI (ci-après l'OCE ou l'intimé) a rejeté la demande de remise de l'obligation de restituer le montant de 52'126 fr. 50, la condition de la bonne foi n'étant pas remplie. Elle a déclaré l'opposition sans objet le 25 septembre 2012, en raison du remboursement intégral de la dette. L'assurée a formé recours le 24 octobre 2012 en invoquant sa bonne foi et sa situation financière difficile. L'OCE a indiqué avoir appris le 21 décembre 2011 seulement que l'assurée n'était plus débitrice eu égard à la décision de restitution du 22 juillet 2011. Selon le décompte de la caisse, celle-ci a procédé à la compensation des prestations indues à hauteur de 56'597 fr. 35 avec un rétroactif de rentes d'invalidité (25'136 fr.), de même qu'avec les indemnités auxquelles la recourante avait droit de février 2011 à janvier 2012 (31'461 fr. 35), suite à l'ouverture d'un nouveau délai-cadre. Le solde en faveur de l'assurée (4'471 fr. 35) a été retenu dans l'attente de l'issue de la procédure concernant la restitution de 26'147 fr. 45. Compte tenu du remboursement intégral de la dette relevant de la décision de restitution du 22 juillet 2011, l'intimé considère que l'opposition de l'assurée contre la décision de refus de remise est sans objet. 14. Par arrêt du 27 mars 2013, la Cour de céans a partiellement admis le recours de l'assurée et renvoyé la cause à l'intimé, qui n'était pas fondée à déclarer l'opposition sans objet au vu de la compensation. Il lui incombait au contraire de statuer sur la demande de remise, aussi bien au regard des conditions cumulatives prévues par l'art. 25 al. 2 LPG

que de l'exception admise par la jurisprudence pour refuser, cas échéant, la remise de l'obligation de restituer. [endif]>[if> 15. Entretemps, par ordonnance du 27 novembre 2012, le Ministère public a décidé de ne pas entrer en matière sur les faits visés par la procédure P/18057/2011, suite à la plainte pénale déposée par la caisse contre l'assurée, pour infraction à l'art. 105 LACI et pour escroquerie. Il ressort des faits que l'assurée a déclaré à la police qu'elle était gravement malade durant la période pénale. Elle avait alors reçu l'argent de la caisse pour le chômage et des sommes de la ZURICH Assurances pour la perte de gain mais ne s'était pas rendu compte qu'elle percevait une double indemnisation, reconnaissant avoir fait preuve de négligence due à son état de santé. Concernant la somme de 52'126 fr. réclamée par la caisse, celle-ci s'était subrogée et avait reçu 25'136 fr. de l'AI et retenu 36'400 fr. d'indemnités de chômage, de sorte qu'elle avait retenu plus que ce qu'elle lui réclamait. La prévenue a produit un courrier du 19 juillet 2013 écrit par le Dr L_____, dont il ressort qu'elle présentait un état dépressif majeur de gravité moyenne à sévère. Ainsi, le Ministère public retient que la culpabilité de l'assurée et les conséquences de son acte étant peu importantes au vu des éléments du dossier, il est décidé de ne pas entrer en matière.[endif]>[if> 16. Par décision sur opposition du 12 avril 2013, l'OCE rejette l'opposition formée par l'assurée contre la décision de refus de remise du 30 juillet 2012. Compte tenu de la violation répétée et inexcusable de son obligation d'aviser la caisse durant la période litigieuse des montants reçus de l'assureur perte de gain, la condition de la bonne foi n'est manifestement pas remplie. Durant les années 2006 à 2008, l'assuré était parfaitement capable de rédiger des correspondances, de suivre des mesures du marché du travail, de sorte qu'il n'est pas crédible qu'elle n'ait pas été en mesure de se rendre compte de la perception des montants largement supérieurs à ses gains avant le chômage.[endif]>[if> 17. Par acte du 1^{er} mai 2013, l'assurée forme recours. Elle est ravie d'apprendre que le Ministère public n'est pas entré en matière sur les accusations répétées d'escroquerie de la caisse. Elle dénonce le retard injustifié de la caisse et du service juridique de l'OCE pour statuer sur sa demande de remise et produit toute une série de courriels montrant l'important disfonctionnement des services, les erreurs commises et les imbroglios administratifs qu'elle a dû subir tout au long de son parcours au sein de l'OCE. Elle prétend que le juge assesseur qui a statué sur son recours du 8 janvier 2013 a été suspendu de ses fonctions pour une violation des droits politiques à Genève et compte sur la Présidente de la Cour de céans pour démêler cet imbroglio. Elle estime s'être toujours pliée aux instructions reçues et ne comprend pas les reproches de l'OCE. Elle persiste dans sa demande de remise, en raison de sa bonne foi et du fait que la subrogation des prestations AI pour 25'136 fr. l'ont plongée dans une situation financière précaire. [endif]>[if> 18. Par pli du 28 mai 2013, l'OCE persiste dans les termes de sa décision. Le fait que la caisse ait transmis en juillet 2012 seulement la demande de remise du mois de mars 2012 est sans incident sur l'examen de la bonne foi. L'ordonnance de non entrée en matière du Ministère public n'implique pas que l'assurée n'ait pas commis une négligence grave, la décision pénale étant liée au fait que les prestations indûment perçues ont été remboursées par compensation. Au vu des pièces du dossier, il n'est pas vraisemblable que l'intéressée n'ait pas saisi la portée des questions posées sur les fiches IPA concernant l'intervention d'éventuels autres assureurs sociaux, mais aussi quant à sa capacité de travail.[endif]>[if> 19. Par pli du 7 mai 2013, l'assurée maintient son recours. Elle fait état d'autres difficultés rencontrées avec l'OCE, concernant la consultation de son dossier, une sanction infligée à tort pour non remise des recherches d'emploi et souligne de fait qu'elle a obtenu un bon certificat de travail suite à son placement de cinq mois à l'OCE. S'agissant de l'objet du litige, elle rappelle qu'elle était

gravement atteinte dans sa santé durant la période considérée. D'ailleurs, la Cour de justice a déjà admis son recours par arrêt du 27 mars 2013, afin que l'OCE rende une décision motivée s'agissant de sa demande de remise. Elle persiste dans cette dernière pour les motifs déjà évoqués.!

20. Les pièces produites par les parties qui sont pertinentes pour la présente cause et qui n'ont pas déjà été citées plus haut sont les suivantes :

a. Les formulaires IPA de l'assurée d'octobre et novembre 2006 puis de novembre 2007 à décembre 2008. Il est systématiquement répondu par la négative à la question "Avez-vous revendiqué ou reçu des prestations d'une autre assurance sociale ? (par exemple : AI, SUVA, prévoyance professionnelle, APG)". En octobre, novembre 2006 et novembre 2007, il est répondu par l'affirmative à la question "Avez-vous été en incapacité de travailler ?". Pour le dernier formulaire, il est précisé que l'incapacité a duré du 20 novembre 2006 au 23 novembre 2007. Sur les IPA de décembre 2007 à décembre 2008, il est répondu par la négative à cette question de capacité de travail.!

b. Les formulaires de demande d'indemnités de chômage de l'assurée du 30 novembre 2007 et 20 octobre 2008. Il est répondu par la négative à la question de savoir si l'assurée perçoit des indemnités journalières AI ou d'une assurance analogue ou une rente de ces mêmes assurances et à la question de savoir si l'assurée a demandé une indemnité journalière ou une rente et si elle a une assurance d'indemnités journalières en cas de maladie.!

c. Les décomptes d'indemnités journalières de la ZURICH prévoyant une indemnité journalière de 185 fr. 92 versée dès le 18 octobre 2006 jusqu'au 5 novembre 2008. Celles du mois d'octobre 2006 ont été versées à l'ancien employeur de l'assurée qui a directement perçu les indemnités dès le 1^{er} novembre 2006. En moyenne, le montant mensuel est de 5'577 fr. (30 jours) et de 5'763 fr. (31 jours).!

d. Le certificat médical du département de psychiatrie des HUG du 8 novembre 2007 adressé le 22 novembre 2007 à l'OCE et qui indique que l'assurée "nécessite un arrêt de travail à 100 % du 8 novembre au 23 novembre 2007 inclus" (dactylographié) ainsi que les certificats médicaux du même service, régulièrement adressés à la ZURICH qui indiquent que l'assurée "nécessite un arrêt de travail de 100 % dès le 23 novembre 2007 au 18 décembre 2007" (formulaire pré-imprimé rempli à la main par le médecin signataire), les certificats médicaux étant identiques jusqu'au 30 novembre 2008.!

e. L'expertise du Dr L_____, psychiatre, du 2 août 2007, effectuée à la demande de la ZURICH assurances, fondée sur un entretien avec l'assurée le 12 juillet 2007 ainsi que des tests psychométriques et le dossier médical de l'assurée. Il ressort notamment de l'anamnèse que l'assurée perçoit un revenu de 5'800 fr. et n'a ni dettes ni poursuites en cours. L'expert retient le diagnostic d'épisode dépressif majeur de gravité moyenne à sévère, de troubles paniques avec agoraphobie de gravité moyenne à sévère, de personnalité co-dépendante. Il est mentionné que suite à une tentative de suicide par déféstration du septième étage de sa nièce en juin 2005 dont elle a été le témoin, ainsi qu'une surcharge professionnelle depuis l'emprisonnement de son fils en octobre 2006, l'assurée a présenté une grave réaction anxio-dépressive. L'état dépressif sévère développé en octobre 2006 a évolué vers un état dépressif majeur de gravité moyenne à sévère. La capacité de travail est nulle en raison de la symptomatologie dépressive, mais surtout du trouble anxieux et la situation est à réévaluer dans un délai de deux à trois mois si l'assurée n'a pas retrouvé une capacité de travail au moins à temps partiel.!

f. Une douzaine de courriers et courriels adressés par l'assurée à la caisse de chômage SYNA entre le 12 décembre 2007 et le 20 novembre 2008, pour la plupart dactylographiés. L'assurée indique qu'elle se réinscrit suite à une maladie et qu'il s'agit d'une continuité de chômage et non pas d'une réinscription

(décembre 2007). La plupart des courriers de l'année 2008 sont des demandes d'avances d'indemnités de chômage, pour divers motifs. L'assurée doit s'acquitter d'une dette (11 février 2008); elle doit payer un loyer d'avance ainsi qu'une caution en raison de son déménagement (21 avril 2008); sa cuisinière a lâché et elle veut s'en racheter une (16 mai 2008); elle doit payer une facture relative à des soins hospitaliers (14 juillet 2008), elle doit acheter des médicaments suite à une hospitalisation du 29 août au 4 septembre (17 septembre 2008). Elle remet sa feuille IPA ainsi que l'attestation d'études concernant son fils (23 juin 2008); demande une prolongation de son délai-cadre, car elle a été empêchée de trouver du travail en raison de sa maladie (22 août 2008).!

g. Diverses attestations et courriers concernant des mesures cantonales, dont un emploi temporaire fédéral individuel, du 15 au 30 septembre 2008, un cours prévu du 1^{er} au 25 septembre 2008 mais déplacé en raison d'une hospitalisation jusqu'au 15 septembre ainsi qu'un ETFI du 6 au 28 octobre 2008 auprès de l'OCE.!

h. Plusieurs courriers de l'assurée à la caisse durant les mois d'octobre et novembre 2008. L'assurée a sollicité un acompte en urgence le 13 octobre puis relancé la caisse le 20 octobre. Suite au refus, elle a indiqué le 23 octobre 2008 qu'il s'agissait de se rendre à un enterrement en Italie ce qui ne pourrait donc pas se faire. Le 7 novembre 2008, l'assurée a relevé que, pour le mois d'octobre 2008, elle n'avait reçu que 2'000 fr. d'indemnités, ce qui ne lui permettait pas de payer son loyer, son assurance-maladie, celle de son fils, de sorte qu'elle a sollicité une nouvelle avance de 2'500 fr., qui lui a été refusée.!

21. La cause a été gardée à juger le 11 juillet 2013.!

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; RS 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. Le recours a été interjeté en temps utile (art. 1 LACI, 38, 56 et 60 LPGA).!

3. L'objet du litige porte sur le point de savoir si le service juridique de l'OCE est fondé à refuser à l'assurée la remise de son obligation de restituer les indemnités de chômage qu'elle a perçues à tort.!

4. Il y a lieu à ce stade de rappeler que la décision de restitution du 22 juillet 2011 est entrée en force, l'assurée ayant retiré son recours le 6 mars 2012. !

5. a) Selon l'art. 25 al. 1 LPGA, les prestations indûment touchées doivent être restituées. L'assuré peut demander la remise de l'obligation de restituer lorsque la restitution des prestations allouées indûment, mais reçues de bonne foi, le mettrait dans une situation difficile.!

Les deux conditions matérielles, soit la bonne foi et la situation difficile, sont cumulatives et leur réalisation est nécessaire pour que la remise de l'obligation de restituer soit accordée (ATF 126 V 48 consid. 3c p. 53; DTA 2001 p. 160, C 223/00, consid. 5). Selon l'art. 4 al. 1 de l'Ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales (OPGA), la restitution entière ou partielle des prestations allouées indûment, mais reçues de bonne foi, ne peut être exigée si l'intéressé se trouve dans une situation difficile. La bonne foi doit faire l'objet d'un examen minutieux dans chaque cas particulier. b) A cet égard, la jurisprudence développée à propos de l'art. 47 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 (LAVS ; en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002) est applicable par analogie en matière d'assurance-chômage (ATF 126 V 48 , consid. 1b, p. 50). C'est ainsi que

l'ignorance, par le bénéficiaire, du fait qu'il n'avait pas droit aux prestations ne suffit pas pour admettre qu'il était de bonne foi. Il faut bien plutôt qu'il ne se soit rendu coupable, non seulement d'aucune intention malicieuse, mais aussi d'aucune négligence grave. Il s'ensuit que la bonne foi, en tant que condition de la remise, est exclue d'emblée lorsque les faits qui conduisent à l'obligation de restituer (violation du devoir d'annoncer ou de renseigner) sont imputables à un comportement dolosif ou à une négligence grave. Tel est le cas si, lors du dépôt de la demande et de l'examen des conditions personnelles ou économiques, certains faits ont été passés sous silence ou que de fausses indications ont été fournies intentionnellement ou par négligence. Il en va de même lorsqu'un changement dans la situation personnelle ou matérielle n'a, intentionnellement ou par négligence grave, pas été annoncé ou l'a été avec retard ou que des prestations indues ont été acceptées de manière dolosive ou gravement négligente (cf. ATF 112 V 103 consid. 2c, 110 V 180 consid. 3c; DTA 1998 n° 14 p. 72 consid. 4a). En revanche, l'intéressé peut invoquer sa bonne foi lorsque l'acte ou l'omission fautifs ne constituent qu'une violation légère de l'obligation d'annoncer ou de renseigner (ATF 112 V 97 consid. 2c p. 103; ATF 110 V 176 consid. 3c p. 180; arrêt du Tribunal fédéral non publié du 23 janvier 2009, 8C_403/08, consid. 2.2). Il y a négligence grave quand un ayant droit ne se conforme pas à ce qui peut raisonnablement être exigé d'une personne capable de discernement dans une situation identique et dans les mêmes circonstances (ATF 110 V 181 consid. 3d). Il faut ainsi en particulier examiner si, en faisant preuve de la vigilance exigible, il aurait pu constater que les versements ne reposaient pas sur une base juridique. Il n'est pas demandé à un bénéficiaire de prestations de connaître dans leurs moindres détails les règles légales. En revanche, il est exigible de lui qu'il vérifie les éléments pris en compte par l'administration pour calculer son droit aux prestations. On signalera enfin, que, de jurisprudence constante, la condition de la bonne foi doit être réalisée dans la période où l'assuré concerné a reçu les prestations indues dont la restitution est exigée (ATF non publié du 17 avril 2008, 8C_766/2007, consid. 4.1 et les références citées). Il en résulte que la mauvaise foi ne peut être antérieure ou contemporaine de la perception indue de prestations (ATF non publié du 17 avril 2008, 8C_766/2007, consid. 4.1 et les références citées). 6. En l'espèce, la demande de remise concerne le montant de 52'126 fr. 50, représentant les indemnités indûment perçues du 18 octobre 2006 au 3 novembre 2006 et du 27 novembre 2007 au 31 décembre 2008, la décision de restitution de la caisse étant entrée en force. Durant la période intermédiaire, l'assurée a été indemnisée par les PCM, tout en percevant aussi des indemnités journalières de la ZURICH. La recourante ne se détermine pas précisément sur les éléments retenus par l'OCE pour nier sa bonne foi, mais se contente d'indiquer que son état de santé l'empêchait d'agir intentionnellement, se fondant en particulier sur l'ordonnance de non-entrée en matière du Ministère public. En premier lieu, il convient de rappeler que si l'assurée avait été reconnue pénalement coupable d'escroquerie ou de violation de l'obligation de renseigner, il était alors clair que sa bonne foi devait être niée, mais que l'inverse ne va pas de soi. En effet, il n'est pas nécessaire qu'un assuré agisse intentionnellement en dissimulant des informations importantes dans le but de tromper l'administration pour qu'il ne soit pas de bonne foi. Il suffit que, par une négligence grave, il n'ait pas communiqué ces informations. En second lieu, les divers griefs de l'assurée quant à la mauvaise organisation alléguée de l'assurance-chômage sont sans pertinence pour la présente cause. Au surplus, le délai de traitement de la demande de remise du 6 mars 2012 n'était nullement excessif, la décision datant du 30 juillet 2012, étant précisé qu'il était initialement prévu de suspendre cette demande de remise dans l'attente de l'issue de la plainte pénale, soit jusqu'en novembre

2012. Dans le même sens, l'assesseur qui n'était pas domicilié dans le canton de Genève lors de l'arrêt du 8 janvier 2013 n'a commis aucune violation des droits politiques. Il remplit à nouveau les conditions d'éligibilité dont celle du domicile et il a par ailleurs été réélu par le Grand Conseil lors de la session des 6-7 juin 2013, de sorte qu'il peut valablement délibérer le présent arrêt. 7.

S'agissant de la bonne foi de l'assurée, il convient au préalable d'examiner si son état de santé l'empêchait de se rendre compte de la situation entre octobre 2006 et décembre 2008. Il est établi que l'assurée était atteinte dans sa santé et en arrêt de travail du 1^{er} septembre 2006 (début de délai de carence d'un an ayant ouvert le droit à une rente d'invalidité le 1^{er} septembre 2007) au 30 novembre 2008 (échéance du dernier certificat d'arrêt de travail). Selon l'expertise, elle souffrait alors d'une dépression, sévère en 2006, puis de degré moyen à sévère dès 2007 et d'anxiété, ce qui avait des conséquences sur sa concentration, sa fatigue et sa mémoire. Elle a toutefois été en mesure de procéder, personnellement et en se déplaçant dans les locaux de l'OCE, à son inscription au chômage en octobre 2006 et à sa réinscription en novembre 2007. Elle a également ponctuellement et complètement rempli puis renvoyé les formulaires IPA en octobre et novembre 2006, puis de novembre 2007 à décembre 2008. L'ensemble de ces éléments et ceux ressortant de l'expertise, ajoutés au fait que l'assurée n'a jamais été hospitalisée en raison de ses pathologies psychiatriques, permet de confirmer que l'assurée n'a pas durablement été atteinte d'une dépression très sévère (ou grave selon la terminologie) qu'elle avait son discernement et qu'elle n'était pas entravée dans sa capacité de comprendre et d'agir.

D'ailleurs, les actes de l'assurée confirment sans aucun doute possible que cette capacité était parfaitement conservée. Tout d'abord, l'assurée a systématiquement répondu par la négative à toutes les questions de la caisse et de l'OCE, non équivoques, concernant la perception d'indemnités d'autres assureurs, alors qu'elle recevait chaque mois entre 5'578 fr. et 5'764 fr. de la ZURICH. A ce propos, elle a été parfaitement capable d'indiquer précisément à l'expert qu'elle percevait 5'800 fr. par mois et qu'elle n'avait aucune dette, se gardant d'ajouter qu'elle percevait aussi 4'500 fr. en moyenne de l'assurance-chômage. Or, l'assurée ne pouvait pas ne pas réaliser qu'elle recevait chaque mois plus de 10'000 fr. nets, alors que son dernier salaire devait s'élever à 6'900 fr. au maximum, plus vraisemblablement 6'500 fr. x 13 mois. Ensuite, lorsque l'indemnisation des PCM de l'assurance-chômage allait prendre fin, en novembre 2007, l'assurée a adressé à l'assurance chômage un certificat d'arrêt de travail (du 8 au 23 novembre 2007), correspondant à la date précise où elle devait démontrer sa capacité de reprendre une activité, en prétendant dans un courrier dactylographié qu'il s'agissait d'un certificat de reprise, tout en continuant à adresser à la ZURICH des certificats d'arrêt de travail identiques afin de démontrer le contraire, à savoir qu'elle était toujours totalement incapable de travailler. De même, l'assurée a adressé à la caisse un courrier précis le 12 décembre 2007, pour faire valoir qu'il ne s'agissait pas d'une nouvelle inscription mais d'une réinscription après une maladie, ce qui implique que cette maladie a pris fin et elle a ajouté lors d'un entretien téléphonique, qu'elle n'avait pas demandé de prestations à l'assurance-invalidité, ce qui laissait aussi croire que l'incapacité n'avait pas duré plus d'un an. Finalement, l'assurée était en mesure d'adresser de nombreux courriers à la caisse durant l'année 2008, principalement pour solliciter des avances pour toute une série de motifs (facture à payer, déménagement et garantie à déposer, achat d'une cuisinière, achat de médicaments, facture de "soins hospitaliers", déplacement en Italie pour un décès, etc.). Elle a également été capable de suivre des mesures du marché du travail. L'ensemble de ces circonstances démontre que l'assurée comprenait parfaitement le sens des questions

ressortant des formulaires IPA et réalisait pleinement qu'elle percevait, en étant au chômage, un revenu d'une fois et demi celui qu'elle obtenait avant octobre 2006, comme salariée à plein temps. De plus, en sollicitant des avances, l'assurée ne laissait aucun doute à l'autorité sur le fait qu'elle vivait – difficilement – au moyen de ses seules indemnités de chômage. Ainsi, l'assurée a en tout cas fait preuve d'une grave négligence en n'informant à aucun moment la caisse et/ou l'OCE du fait qu'elle percevait chaque mois des indemnités journalières de la ZURICH du 18 octobre 2006 au 5 novembre 2008, de sorte que c'est à juste titre que la condition de la bonne foi a été niée par l'intimé. Au demeurant, ce comportement sus-décrié ne relève pas seulement de la négligence et il est aussi constitutif d'une infraction à l'art. 105 LACI, les fausses indications ayant permis l'obtention de prestations indues, voire d'escroquerie (art. 146 CPS), la tromperie étant astucieuse même lorsque l'assuré donne simplement de fausses informations, si leur vérification n'est pas possible, ne l'est que difficilement ou ne peut raisonnablement être exigée. Ainsi, l'ordonnance de non-entrée en matière définitive du Ministère public est vraisemblablement motivée par la compensation et l'absence de dommage, la procureure s'étant au surplus contenté des allégations de l'assurée quant aux conséquences de son état psychique sur sa capacité à comprendre la situation. 8. L'assurée avait allégué, lors de l'une de ses oppositions, avoir fait face à d'importants frais d'avocat pour la défense de son fils, acquitté de lésions corporelles graves le 8 décembre 2008. Cela explique peut-être les incessantes demandes d'avance en 2008 et le fait que, malgré un revenu de plus de 10'000 fr., l'assurée ait prétendu le 7 novembre 2008 qu'elle ne parvenait plus à payer ses charges, puis le 20 novembre 2008 qu'elle ne couvrait pas son minimum vital. Si cette circonstance - pour autant qu'elle soit exacte compte tenu de l'assistance juridique alors octroyée - aurait éventuellement pu avoir une incidence en cas de poursuite pénale pour escroquerie, elle ne permet pas d'admettre la bonne foi de l'assurée qui a clairement violé son devoir d'information au SPC. 9. Ainsi, le refus de remise est bien fondé, le recours est rejeté et la décision du 12 avril 2013 est confirmée. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A 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 Irène PONCET La présidente Sabina MASCOTTO Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'au Secrétariat d'Etat à l'économie par le greffe le