

**200.2025.138.AC**

N°ER ALK

N° bénéficiaire

N° AVS

RUA/EGC

## **Tribunal administratif du canton de Berne**

Cour des affaires de langue française

### **Jugement du juge unique du 12 mars 2026**

Droit des assurances sociales

C. Tissot, juge

A. Russo, greffier

**A.** \_\_\_\_\_

recourant

contre

**Caisse de chômage du canton de Berne**

Service juridique, Lagerhausweg 10, case postale, 3018 Berne

intimée

relatif à une décision sur opposition de cette dernière du 20 février 2025



**En fait:**

**A.**

A. \_\_\_\_\_, né en 2002, célibataire et sans enfants, a été engagé en tant qu'adjoint au gérant d'un restaurant dès le 1<sup>er</sup> mai 2023, pour une durée indéterminée. Par courrier du 28 août 2024, il a résilié son contrat de travail avec effet au 31 octobre 2024. Après s'être annoncé auprès d'un office régional de placement (ORP), l'intéressé a demandé à la Caisse de chômage du canton de Berne (ci-après: la Caisse de chômage) des indemnités de chômage à partir du 1<sup>er</sup> novembre 2024, indiquant notamment avoir résilié son contrat de travail pour raisons de santé. Il a produit deux certificats médicaux à l'appui de sa demande.

**B.**

Par décision du 19 décembre 2024, la Caisse de chômage a suspendu l'assuré dans son droit à l'indemnité de chômage pour une durée de 31 jours à compter du 1<sup>er</sup> novembre 2024. A. \_\_\_\_\_ a formé opposition contre cette décision le 6 janvier 2025. Après avoir obtenu des avis médicaux complémentaires, la Caisse de chômage a rejeté cette opposition, par décision sur opposition du 20 février 2025.

**C.**

Par écrit du 25 février 2025, A. \_\_\_\_\_ interjette recours auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (ci-après: le Tribunal administratif) contre la décision sur opposition de la Caisse de chômage du 20 février 2025 en concluant implicitement à l'annulation de ce prononcé. A l'appui de son recours, l'intéressé a produit un nouveau certificat médical. Dans son mémoire de réponse, l'intimée conclut au rejet du recours.

## **En droit :**

### **1.**

**1.1** La décision sur opposition du 20 février 2025 représente l'objet de la contestation. Elle ressortit au droit des assurances sociales et confirme une suspension du droit aux indemnités de chômage de l'assuré pour une durée de 31 jours à partir du 1<sup>er</sup> novembre 2024. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision et, partant, sur l'annulation de la suspension.

**1.2** Interjeté en temps utile, dans les formes minimales prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir, le recours est recevable (art. 100 al. 3 de la loi fédérale du 25 juin 1982 sur l'assurance-chômage [LACI, RS 837.0], en relation avec les art. 128 et 119 al. 1 let. a et al. 2 de l'ordonnance fédérale du 31 août 1983 sur l'assurance-chômage [OACI, RS 837.2]; art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1], qui s'applique par renvoi de l'art. 1 al. 1 LACI; art. 35 al. 2 de la loi cantonale du 23 juin 2003 sur le marché du travail [LMT, RSB 836.11]; art. 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

**1.3** Le recourant conteste le bien-fondé d'une suspension de 31 jours de son droit à l'indemnité de chômage. La valeur litigieuse étant inférieure à Fr. 20'000.- (31 x Fr. 168.95), le jugement de la cause incombe au juge unique de la Cour des affaires de langue française du Tribunal administratif (art. 54 al. 1 let. c et 57 al. 1 de la loi cantonale du 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public [LOJM, RSB 161.1]).

**1.4** Le Tribunal examine librement la décision sur opposition contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPGA; art. 80 let. c ch. 1 et 84 al. 3 LPJA).

## 2.

**2.1** Le recourant, qui a travaillé à 100% dès le 1<sup>er</sup> mai 2023 en tant qu'adjoint au gérant d'un restaurant, a mis un terme à cette activité par un courrier du 28 août 2024 adressé à son employeur, avec effet au 31 octobre 2024. Dans le cadre de sa demande de prestations de l'assurance-chômage, il a expliqué à l'intimée que cette résiliation était due à son état de santé, notamment à un état de fatigue et de stress. Il a transmis à l'autorité précédente un certificat médical du 7 novembre 2024, dans lequel son généraliste traitant a expliqué que par "la présente, je confirme que [le recourant] a résilié son contrat de travail pour des raisons de santé, afin de ne pas connaître de problèmes psychiques importants". L'intimée a encore demandé au médecin de compléter le formulaire intitulé "Certificat médical en cas de dissolution des rapports de travail pour des raisons médicales", ce qui a été fait le 16 décembre 2024. Il en est ressorti que ce médecin suivait le recourant depuis 2020 et que celui-ci était allé le consulter le 7 novembre 2024. Le généraliste a répondu par un "ja" aux questions relatives au fait de savoir si les problèmes de santé étaient survenus en raison de l'activité professionnelle et si l'assuré ne pouvait plus rester à son poste pour des raisons de santé. Il a attesté d'une incapacité de travail totale durable depuis le 7 novembre 2024, tout en répondant par "uneingeschränkt" à la question de savoir quelles activités le recourant pouvait encore effectuer et dans quelle mesure. A l'appui de son opposition, le recourant a expliqué qu'avant de remettre sa démission, il s'était rendu chez le remplaçant de son généraliste, car celui-ci était absent. Dès son retour, son médecin traitant a pris connaissance de la situation et confirmé le suivi médical. Le recourant a également expliqué être retourné au travail, malgré son état de santé, afin de pouvoir bénéficier d'un bon certificat de travail. Il a joint deux attestations médicales datées du 6 janvier 2025 du remplaçant de son médecin traitant qui font état de deux consultations les 23 et 25 juillet 2024, respectivement d'une incapacité totale de travail du 23 juillet au 3 août 2024. Sur demande de l'intimée, le remplaçant du généraliste a également rempli le formulaire "Certificat médical en cas de dissolution des rapports de travail pour des raisons médicales", le 29 janvier 2025. Il a indiqué suivre le recourant depuis le 23 juillet 2024 pour un grand stress dans son activité professionnelle. A la

question de savoir si l'assuré ne pouvait plus rester à son poste pour des raisons de santé, le remplaçant du généraliste a répondu "*kann nicht beurteilen*". Il a par ailleurs attesté d'une incapacité de travail totale du 23 juillet au 3 août 2024 et ajouté ne connaître que peu le recourant. Le 6 février 2025, l'intimée a encore contacté le médecin remplaçant par courrier électronique pour lui poser des questions complémentaires. Celui-ci a répondu le lendemain en expliquant qu'il ne connaissait pas bien le recourant, ne l'ayant traité qu'en urgence et en remplacement de son confrère, qu'il avait traité ce patient car celui-ci affirmait être atteint d'une extrême fatigue due à son travail et qu'à cette occasion, le recourant avait indiqué qu'il ne pouvait plus travailler dans ces conditions. Le remplaçant du généraliste traitant a encore ajouté qu'il était possible de poser un diagnostic de "*burn out*" avec symptômes fonctionnels et qu'il n'avait plus vu le recourant depuis sa dernière consultation de juillet 2024. Dans un dernier courrier électronique du 10 février 2025, le médecin remplaçant a encore indiqué ne jamais avoir proposé au recourant de quitter son emploi. Avec son recours au Tribunal administratif, l'assuré a encore produit un certificat médical du 21 février 2025 du remplaçant de son médecin traitant. Il ressort nouvellement de ce document que ce médecin a évoqué la possibilité de quitter son emploi à son patient.

**2.2** Dans sa décision sur opposition du 20 février 2025, l'intimée a apprécié les différents moyens de preuve à sa disposition et a retenu que ceux-ci ne permettaient pas d'établir que l'emploi de l'assuré n'était plus convenable pour des raisons de santé, ni que la résiliation du contrat de travail reposait sur un motif médical. Ainsi, elle a jugé que la suspension de 31 jours était adéquate car elle prenait en compte la faute et la situation de l'assuré.

**2.3** Pour sa part, le recourant conteste le caractère fautif de la résiliation de son contrat de travail. Il indique avoir été contraint de quitter son emploi en raison de ses problèmes de santé, prenant la décision de démissionner après avoir consulté le médecin remplaçant de son praticien habituel, qui a estimé que la poursuite de son emploi pouvait entraîner des problèmes psychiques graves.

### 3.

**3.1** Aux termes de l'art. 30 al. 1 let. a LACI, le droit de l'assuré à l'indemnité est suspendu lorsqu'il est établi que celui-ci est sans travail par sa propre faute. Cet état de fait vise les comportements des personnes assurées qui violent l'obligation d'éviter le chômage total ou partiel (arrêt du Tribunal fédéral [TF] 8C\_315/2022 du 23 janvier 2023 c. 3.2 et les références, 8C\_121/2016 du 2 septembre 2016 c. 4.1). Est notamment réputée sans travail par sa propre faute l'assuré qui a résilié lui-même le contrat de travail, sans avoir été préalablement assuré d'obtenir un autre emploi, sauf s'il ne pouvait être exigé de lui qu'il conservât son ancien emploi (art. 44 al. 1 let. b OACI). L'exigibilité de la poursuite des rapports de travail s'apprécie toujours en fonction des circonstances concrètes. Généralement, les conditions de travail difficiles (chantiers, centres d'appels, etc.), des relations tendues avec les collègues et les supérieurs, une mauvaise atmosphère de travail ou des problèmes de santé non attestés médicalement ne suffisent pas à faire admettre que la continuation des rapports de travail n'était pas exigible (ATF 124 V 234 c. 4b/bb; TF 8C\_693/2022 du 14 juin 2023 c. 4.1, 8C\_66/2017 du 9 juin 2017 c. 2). L'inexigibilité de la conservation d'un travail motivée pour des raisons de santé doit être établie par un certificat médical sans équivoque (ou, le cas échéant, par d'autres moyens de preuve adéquats). A cet égard, l'exigibilité de la conservation d'un emploi est examinée plus sévèrement que s'il s'agit de l'exigibilité de l'acceptation d'un nouvel emploi réputé convenable au sens de l'art. 16 al. 2 let. c LACI (ATF 124 V 234 c. 4b/bb; TF 8C\_66/2017 du 9 juin 2017 c. 2 et 4.3).

**3.2** L'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGA). Il détermine la nature et l'étendue de l'instruction nécessaire (art. 43 al. 1 bis LPGA). Le principe de l'instruction d'office signifie que l'instance rendant une décision doit instruire et établir l'état de fait déterminant d'office, de sa propre initiative et sans être liée par les arguments et réquisitions de preuve des parties. Sont juridiquement déterminants tous les faits dont l'existence a une incidence sur les éléments litigieux. Dans ce contexte, les autorités administratives doivent

toujours entreprendre des mesures supplémentaires lorsque les allégués des parties ou d'autres pièces du dossier ne constituent pas des éléments suffisants permettant de statuer. Cette obligation d'instruction perdure aussi longtemps que l'impose l'éclaircissement des éléments nécessaires à l'examen du droit litigieux (ATF 151 V 258 c. 4.4, 117 V 282 c. 4a). Le principe de l'instruction d'office ne s'applique néanmoins pas de manière illimitée, mais a pour corollaire le devoir de collaborer des parties (ATF 146 V 240 c. 8.3.2, 125 V 193 c. 2, 122 V 157 c. 1a).

**3.3** L'administration en tant qu'autorité de décision et le juge, en cas de recours, ne peuvent considérer un fait comme établi que lorsqu'ils sont convaincus de son existence. En droit des assurances sociales, pour autant que la loi n'en dispose pas autrement, le juge doit fonder sa décision sur les faits qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. La simple possibilité de l'existence d'un fait ne suffit pas. Le juge doit bien plus retenir les éléments qui, parmi les faits possibles, lui paraissent les plus probables (ATF 151 V 280 c. 3.3.1, 144 V 427 c. 3.2; TF 8C\_457/2021 du 28 avril 2022 c. 3.3, in SVR 2022 UV n° 41).

#### **4.**

Est litigieuse la question de savoir si le recourant s'est trouvé sans travail par sa propre faute. En lien avec cette question, il y a lieu d'examiner si la résiliation du contrat de travail de l'assuré était justifiée en raison de l'état de santé de celui-ci.

**4.1** Comme on l'a vu, à l'appui de sa demande de prestations de l'assurance-chômage, le recourant a remis le certificat médical établi le 7 novembre 2024 par son médecin traitant. Or, ce document se limite à indiquer que l'assuré a résilié son contrat de travail pour des raisons de santé, afin de ne pas connaître de problèmes psychiques importants. Il présente ainsi un caractère très succinct et se limite à relater les déclarations de l'assuré, à savoir en substance que celui-ci a quitté son emploi dans le but de préserver sa santé. Ce certificat a en outre été établi sans que le médecin n'ait effectué une quelconque investigation clinique, dès lors que le recourant ne s'est pas rendu chez ce généraliste pour la

consultation, mais chez le remplaçant de celui-ci. Au demeurant, le certificat médical n'expose pas les problèmes concrets rencontrés par l'assuré et ne pose aucun diagnostic. A cela s'ajoute finalement que ce document a été établi plus de deux mois après la résiliation du contrat de travail, pour les besoins de la cause. Dans ces circonstances, c'est à juste titre que l'autorité précédente l'a considéré comme étant insuffisamment probant et qu'elle a requis du recourant des pièces complémentaires. Celui-ci a ainsi produit le deuxième certificat médical de son médecin traitant, daté du 16 décembre 2024 et contenant des réponses à des questions spécifiques posées par l'intimée. Or, ces réponses sont des plus lacunaires, le médecin se contentant d'écrire "ja", sans apporter de motivation médicale concrète. En outre, il se contredit en retenant une incapacité de travail totale et durable depuis le 7 octobre 2024, en même temps qu'une absence de restriction de son patient dans toutes activités professionnelles. A l'instar de l'autorité précédente, il y a donc lieu de considérer, au degré de la vraisemblance prépondérante, que ce certificat n'est pas plus probant que le précédent et qu'il ne saurait suffire pour admettre que l'activité exercée par le recourant jusqu'au 31 octobre 2024 n'était plus exigible pour des raisons de santé. On ajoutera que si le médecin traitant du recourant suit celui-ci depuis 2020, il n'a pas été consulté avant la résiliation litigieuse. C'est par conséquent à juste titre que l'intimée a procédé à des mesures d'instruction complémentaires en demandant au recourant un certificat médical du remplaçant de ce généraliste, puis en s'adressant directement à celui-ci.

**4.2** En lien avec les avis médicaux remis par ce second médecin, force est tout d'abord de constater que les deux attestations médicales du 6 janvier 2025 ne sont absolument d'aucune aide en l'espèce pour le recourant. La première fait en effet uniquement état de deux consultations les 23 et 25 juillet 2024, sans autre indication, alors que la seconde se limite à reconnaître une incapacité de travail totale passagère de douze jours, du 23 juillet au 3 août 2024. Le 29 janvier 2025, ce généraliste remplaçant a répondu aux mêmes questions de l'intimée que son confrère. Il a certes relevé un stress important de l'assuré sur son lieu de travail. Il n'a toutefois pas posé de diagnostic, ni expliqué plus avant les origines de cet état de santé ou en quoi l'activité exercée jusqu'alors conditionnait ce

stress. Il a surtout reconnu ne jamais avoir traité le recourant avant le 23 juillet 2024 et a relevé ne pas pouvoir se prononcer sur le point de savoir si l'activité précitée était encore exigible de la part du recourant. Ces éléments ne sont ainsi en aucun cas suffisants pour retenir au degré de la vraisemblance prépondérante un état maladif ayant justifié de mettre un terme à l'activité professionnelle, ce d'autant moins que ce généraliste n'a prononcé une incapacité de travail que du 23 juillet au 3 août 2024 et qu'il a expressément reconnu que l'assuré était à même d'exercer toutes activités, quelle qu'elle soit. Sur le vu de l'insuffisance de ce dernier document, l'autorité précédente a encore interpellé personnellement le généraliste remplaçant en lui demandant des informations complémentaires. Celui-ci a pour l'essentiel répété ce qu'il avait déjà indiqué dans le certificat médical du 29 janvier 2025. Il a toutefois nouvellement posé un diagnostic de "*burn-out*" avec symptômes fonctionnels, mais sans en expliquer les raisons, puis expressément affirmé ne jamais avoir proposé au recourant de quitter son emploi, notamment car il ne connaissait pas suffisamment ce patient. Or, aucun des éléments de preuve précités ne présente les caractéristiques d'un certificat médical sans équivoque au sens de la jurisprudence, qui permettrait de retenir l'inexigibilité de la conservation d'un travail, motivée pour des raisons de santé. On doit encore ajouter que le nouveau certificat médical du 21 février 2025, remis au Tribunal administratif par l'intéressé à l'appui de son recours et qui peut être pris en considération dans la présente procédure dès lors qu'il a trait à des faits antérieurs à la décision sur opposition contestée (TFA I 649/06 du 13 mars 2007 c. 3.4, in SVR 2008 IV n° 8), ne permet pas non plus de palier à l'absence de preuve prédécrite. En effet, le seul élément nouveau mentionné dans ce dernier document par le médecin remplaçant et le fait que celui-ci affirme avoir évoqué avec le recourant la possibilité de résilier le contrat de travail. Or, outre que ce médecin rapporte des propos plus d'une année après les avoir prétendument tenus, ceux-ci sont exprimés pour les besoins de la cause, dès lors qu'ils sont en totale contradiction avec les déclarations précédentes intervenues à peine plus de dix jours avant, le 10 février 2025 ("*Ich habe Herrn [...] nie vorgeschlagen, die Arbeitsstelle zu kündigen*"). L'avis de ce généraliste est d'autant plus contradictoire qu'il diagnostique un "*burn-out*" en raison d'une grande fatigue, d'insomnie et d'un stress excessif sur le lieu de travail et, simultanément, limite l'incapacité de travail

à une simple période de douze jours. En outre, même s'il a posé le diagnostic précité, force est de constater que les certificats médicaux au dossier ne font mention d'aucun suivi psychiatrique ou psychothérapeutique, ni de traitement médicamenteux. De plus, si le médecin remplaçant avait jugé que l'état de santé du recourant était à ce point préoccupant, il aurait logiquement averti sans délai le médecin traitant de celui-ci et une consultation aurait été agendée dès son retour. Au contraire, l'assuré, comme il l'indique lui-même, est retourné au travail "pour terminer [s]on contrat dans de bonne condition pour pouvoir tout de même avoir un bon certificat de travail et de pouvoir par la suite trouver plus facilement un nouvel emploi". Si la situation avait été à ce point pénible, l'assuré n'aurait pas attendu la fin de son contrat de travail pour consulter son médecin traitant et ne serait pas retourné travailler à la suite de son incapacité de travail de douze jours prononcée par le remplaçant de celui-ci. On doit encore relever que les certificats médicaux du remplaçant posent un diagnostic relevant du domaine psychiatrique, mais ont été établis par un médecin généraliste postérieurement à une unique consultation avec un patient qui n'avait encore jamais été suivi. Dans ces conditions, il ne saurait être admis que ce médecin ait disposé des qualifications médicales déterminantes (voir TF 9C\_1059/2009 du 4 août 2010 c. 1.2).

**4.3** En définitive, il convient de conclure que les certificats médicaux au dossier ne sont pas sans équivoque, dans la mesure où ils ne se prononcent que de manière extrêmement succincte sur la situation médicale du recourant et ne sont pas dénués de toute contradiction, ceux du médecin généraliste traitant ayant été de surcroît rédigés à la suite d'une consultation intervenue alors que le recourant avait déjà quitté son activité professionnelle. Ils ne permettent ainsi pas de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la résiliation des rapports de travail du recourant était motivée pour des raisons de santé, étant au surplus rappelé que l'exigibilité de la conservation d'un emploi est examinée de manière stricte. En outre, on ne saurait faire grief à l'autorité précédente de ne pas avoir suffisamment instruit la cause, dès lors que cette autorité a demandé à de nombreuses reprises au recourant et au médecin ayant traité celui-ci, de lui fournir des informations probantes. Il y a ainsi lieu de

retenir que le recourant a abandonné, sans raisons légitimes, un travail réputé convenable alors qu'il n'était pas assuré d'un nouvel emploi, au sens de l'art. 30 al. 1 let. a LACI en lien avec l'art. 44 al. 1 let. b OACI. Il était par conséquent justifié de prononcer une sanction à l'encontre du recourant.

## **5.**

Les conditions d'une suspension du droit aux indemnités de chômage étant réunies, il convient encore d'examiner la durée de cette sanction.

**5.1** La durée de la suspension du droit à l'indemnité est fixée d'après la gravité de la faute (art. 30 al. 3 phr. 3 LACI). Est déterminant le comportement général de la personne assurée, qu'il convient d'apprécier en prenant en considération l'ensemble des circonstances subjectives et objectives essentielles du cas d'espèce (ATF 141 V 365 c. 4.1). La durée de la suspension est de 1 à 15 jours en cas de faute légère, de 16 à 30 jours en cas de faute de gravité moyenne, et de 31 à 60 jours en cas de faute grave (art. 45 al. 3 let. a à c OACI). Dans ces limites, l'organe d'exécution compétent de l'assurance-chômage dispose d'un certain pouvoir d'appréciation. Sans motifs pertinents rendant sa thèse plus vraisemblable, le juge des assurances sociales ne peut pas substituer sa propre appréciation à celle de l'administration. Il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 123 V 150 c. 2; TF 8C\_331/2019 du 18 septembre 2019 c. 3.3, in SVR 2020 ALV n° 11). Selon l'art. 45 al. 4 let. a OACI, il y a faute grave notamment lorsque l'assuré abandonne un emploi réputé convenable sans motif valable et sans être assuré d'obtenir un nouvel emploi.

**5.2** En l'espèce, il est établi que le recourant a abandonné un emploi réputé convenable sans s'être assuré au préalable d'en obtenir un nouveau. C'est ainsi à juste titre que l'autorité précédente a prononcé une sanction de 31 jours pour faute grave, qui s'inscrit dans le barème prévu à l'art. 45 al. 3 let. c OACI (voir également Secrétariat d'Etat à l'économie [SECO], Bulletin LACI Indemnité de chômage [Bulletin LACI IC], ch. D75 1.D dans sa teneur du 1<sup>er</sup> janvier 2026, identique à celle en vigueur à la

date du prononcé contesté). Cette suspension correspond au minimum de la faute grave prévu à l'art. 45 al. 3 let. c OACI et, selon l'autorité précédente, tient compte de l'état de santé du recourant à titre de circonstances atténuantes. On ne saurait d'ailleurs retenir que la faute de l'assuré n'était pas grave, dans la mesure où rien n'indique que celui-ci, compte tenu notamment de ses qualifications et du marché de l'emploi, pouvait s'attendre à retrouver facilement une activité professionnelle à l'échéance du délai de résiliation, ce qu'il n'invoque au demeurant pas (voir à ce propos ATF 130 V 125 c. 3.4.3). Partant, il ne se justifie pas d'intervenir dans le cadre du pouvoir d'appréciation dont dispose l'administration, laquelle a tenu compte de l'ensemble des circonstances du cas d'espèce ainsi que de la situation personnelle du recourant. La suspension de 31 jours du droit à l'indemnité de chômage du recourant doit dès lors être confirmée.

## **6.**

**6.1** Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté.

**6.2** Conformément à l'art. 61 let. <sup>f</sup>bis LPGA, pour les litiges en matière de prestations, la procédure est soumise à des frais judiciaires si la loi spéciale le prévoit. Dans la mesure où la législation en matière d'assurance-chômage ne prévoit pas de tels frais judiciaires, il n'y a pas lieu d'en percevoir.

**6.3** Ni le recourant, ni l'intimée ne peuvent en outre prétendre à des dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 104 al. 1 à 3 et art. 108 al. 3 LPJA).

**Par ces motifs:**

1. Le recours est rejeté.
2. Il n'est pas perçu de frais de procédure, ni alloué de dépens.
3. Le présent jugement est notifié (R):
  - au recourant,
  - à l'intimée,
  - au Secrétariat d'Etat à l'économie (SECO).

Le juge:

Le greffier:

**Voie de recours**

Dans les 30 jours dès la notification de ses considérants, le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public auprès du Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, au sens des art. 39 ss, 82 ss et 90 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110).