

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 10 juillet 2014

---

Présidence de M. MÉTRAL, juge unique  
Greffière : Mme Berseth Bébox

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**N.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant,

et

**B.**\_\_\_\_\_, à [...], intimée.

---

**Art. 25, 53 al. 1 LPGA ; art. 28, 95 al. 1 et 1bis LACI**

**E n f a i t :**

**A.** Le 22 octobre 2009, N.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant) a déposé une demande d'indemnités de chômage auprès de B.\_\_\_\_\_ (ci-après : la Caisse ou l'intimée), attestant rechercher du travail à 100% et se prévalant d'une capacité de travail équivalente. Il a été mis au bénéfice d'un délai-cadre d'indemnisation couvrant la période du 12 octobre 2009 au 11 octobre 2011.

Les 27 octobre, 25 novembre et 14 décembre 2009, l'assuré a respectivement remis à la Caisse les formulaires « Indications de la personne assurée » (ci-après : IPA) des mois d'octobre, novembre et décembre 2009. Il a spécifié sur chacun d'eux qu'il n'avait pas été en incapacité de travail durant le mois concerné et qu'il ne possédait pas d'assurance perte de gain en cas de maladie.

Par un certificat médical du 29 octobre 2009, le Dr K.\_\_\_\_\_, psychiatre traitant, a attesté du fait que son patient était apte au travail à 100% dans une activité adaptée, à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2009.

Fondée sur les formulaires IPA et le certificat médical précités, la Caisse a régulièrement indemnisé l'assuré et lui a versé 888 fr. 75 pour octobre 2009, 1'769 fr. 65 pour novembre 2009 et 1'938 fr. 20 pour décembre 2009, selon décomptes d'indemnités des 12 novembre, 27 novembre et 15 décembre 2009.

Par la suite, la Caisse a également pleinement indemnisé l'assuré durant les mois de mars, avril, août, septembre et octobre 2010, toujours en se fondant sur les renseignements fournis par l'intéressé, qui avait systématiquement répondu par la négative aux questions de savoir s'il avait repris un emploi ou été en incapacité de travail.

Le 13 décembre 2010, l'Office régional de placement (ci-après : l'ORP) a adressé à la Caisse un courrier électronique spécifiant les

vacances prises par l'assuré, du 13 août au 4 octobre 2010, ainsi que les différentes incapacités de travail subies par celui-ci. L'ORP a joint à son envoi :

- un certificat médical du 28 septembre 2009 du Dr K.\_\_\_\_\_, attestant une totale incapacité de travail dès le 1<sup>er</sup> octobre 2009, pour une durée probable de 3 mois,
- un certificat médical du 1<sup>er</sup> mars 2010 du Dr K.\_\_\_\_\_, mentionnant une incapacité de travail dès le 1<sup>er</sup> mars 2010, pour une durée probable d'un mois, en raison d'un accident,
- un certificat médical du 12 avril 2010 du Dr K.\_\_\_\_\_, faisant état d'une incapacité de travail dès le 1<sup>er</sup> avril 2010, pour une durée probable d'un mois.

Interpellé par la Caisse, le Dr K.\_\_\_\_\_ a produit un certificat médical daté du 15 février 2011, par lequel il a attesté le fait que son patient avait été en totale incapacité de travail :

- du 1<sup>er</sup> septembre au 31 décembre 2009,
- du 1<sup>er</sup> mars au 30 avril 2010,
- et du 5 octobre 2010 au 28 février 2011, précisant que dite incapacité se poursuivait, probablement d'une manière durable.

Le 10 mai 2011, D\_\_\_\_\_, assurance collective perte de gain en cas de maladie d'U.\_\_\_\_\_, ancien employeur, a informé la Caisse qu'elle avait versé à l'assuré des indemnités journalières pour incapacité de travail à 100% du 1<sup>er</sup> septembre au 31 octobre 2009.

Sur demande de la Caisse, par le biais de formulaires « Attestation de gain intermédiaire » datés du 11 mai 2011, U.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré avait travaillé pour son compte notamment d'août à novembre 2010. Il a également précisé que D.\_\_\_\_\_ avait versé des indemnités journalières en faveur de l'assuré en septembre et octobre 2009.

**B.** Par décision du 13 mai 2011, la Caisse a requis de l'assuré la restitution du montant de 12'636 fr. 65 au titre d'indemnités versées à tort. A l'appui de sa demande, elle a tout d'abord relevé que l'assuré n'avait pas déclaré sur ses formulaires IPA l'activité déployée pour le compte d'U.\_\_\_\_\_ d'août à octobre 2010. Cette activité, réputée convenable et exercée durant au moins une période de contrôle, avait mis fin au chômage de l'intéressé et impliquait la restitution des prestations versées durant les trois mois concernés. La Caisse soulignait en outre que l'assuré n'avait pas annoncé les périodes d'incapacité de travail intervenues du 12 octobre au 31 décembre 2009 et du 1<sup>er</sup> mars au 30 avril 2010. Le droit aux indemnités de chômage en cas d'incapacité de travail passagère étant limité aux trente premiers jours civils d'incapacité de travail, les indemnités versées au-delà du 10 novembre 2009 devaient être restituées. En annexe à la décision était joint un décompte détaillant la demande de restitution, duquel il ressortait que la Caisse exigeait le remboursement des montants de :

- 888 fr. 75 pour octobre 2009,
- 375 fr. 30 et 1'179 fr. 75 pour novembre 2009,
- 1'938 fr. 20 pour décembre 2009,
- 1'938 fr. 20 pour mars 2010,
- 1'853 fr. 90 pour avril 2010,
- 1'430 fr. 60 pour août 2010,
- 1'851 fr. 45 pour septembre 2010
- et 1'180 fr. 50 pour octobre 2010.

L'assuré s'est opposé à la décision précitée par acte du 5 juin 2011. Il a reconnu le caractère indu des indemnités versées pour août, septembre et octobre 2010. Par contre, il a contesté avoir été en incapacité de travail durant les mois d'octobre à décembre 2009, expliquant que son état de santé s'était amélioré au début octobre 2009. Il avait alors souhaité reprendre le travail, ce que son médecin avait accepté, en délivrant le certificat de reprise du 29 octobre 2009. L'assuré a également invoqué que l'incapacité de gain de deux mois intervenue dès le 1<sup>er</sup> mars 2010 était due à un accident et devait de ce fait être mise à la charge de l'assureur- accidents.

Le 12 juillet 2011, la Caisse est entrée en possession d'une décision du 4 juillet 2011 de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI), refusant d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations formulée par l'assuré le 25 février 2011.

Par décision du 20 octobre 2011, la Caisse a suspendu la procédure d'opposition jusqu'à droit connu quant à l'éventuelle prise en charge de l'incapacité de travail de mars et avril 2010 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA). Parallèlement, elle a invité l'assuré à annoncer le cas à la CNA.

Le 21 octobre 2011, l'assuré a adressé une demande de prestations à la CNA, précisant avoir glissé dans sa baignoire le 28 février 2010.

Le 24 octobre 2011, l'assuré a fait parvenir à la Caisse de chômage une attestation du 26 octobre 2011 du Dr K. \_\_\_\_\_, à la teneur suivante :

« D'après mon certificat du 29.10.09, M. N. \_\_\_\_\_ a été apte au travail du 1.10.09 au 31.12.09.

De même, entre le 1.3.10 et le 30.4.10, M. N. \_\_\_\_\_ a été en incapacité de travail de 100% à cause d'un accident. »

Le 24 février 2012, le Dr K. \_\_\_\_\_ a donné suite à un courrier de la Caisse le rendant attentif aux contradictions existant entre ses certificats médicaux. Le psychiatre a répondu par la négative à la question de savoir si son patient avait été apte au travail entre le 12 octobre et le 31 décembre 2009, précisant que l'incapacité était totale dans toute activité professionnelle, que l'assuré ne pouvait plus fonctionner comme électricien et qu'au vu de sa maladie, il ne voyait pas quelle activité pourrait être adaptée.

Par décision sur opposition du 22 mars 2012, la Caisse a partiellement admis l'opposition de l'assuré. Elle a constaté qu'un montant

de 12'468 fr. 10 avait été versé à tort à l'assuré, et en exigeait la restitution comme suit :

- un montant de 8'844 fr. 55 devait être restitué par l'assuré,
- un montant de 3'551 fr. 80 serait demandé à la CNA, en compensation avec le droit de l'assuré aux indemnités journalières de l'assurance-accidents pour la période du 1<sup>er</sup> mars au 30 avril 2010,
- un solde de 71 fr. 75, dont la restitution n'était pas exigible, serait porté à la charge du fonds de compensation de l'assurance-chômage.

En substance, la Caisse a considéré que le montant de 4'462 fr. 55 versé pour août, septembre et octobre 2010 l'avait été à tort, car l'assuré avait à l'époque retrouvé un emploi convenable et n'était donc plus sans emploi. Par ailleurs, l'assuré s'était trouvé en incapacité totale de travail en octobre 2009 et avait perçu, simultanément, des indemnités journalières de chômage et des indemnités journalières perte de gain maladie de D.\_\_\_\_\_, pour la période du 12 au 31 octobre 2009. Les indemnités journalières de chômage versées pendant cette période, soit 888 fr. 75, devaient ainsi être restituées. En outre, les prestations versées dès le 10 novembre 2009 (1'555 fr. 05 pour novembre 2009 et 1'938 fr. 20 pour décembre 2009) étaient également indues, car allouées au-delà du 30<sup>ème</sup> jour suivant le début de l'incapacité de travail. Enfin, pour la période du 1<sup>er</sup> mars au 30 avril 2010, l'assuré avait droit à 3 indemnités journalières seulement. Pour la période postérieure, il avait été mis au bénéfice d'indemnités journalières de la CNA. La Caisse de chômage demanderait par conséquent la compensation avec les prestations versées par la CNA, à raison de 3'551 fr. 80, et renonçait à demander la restitution du solde de 71 fr. 75 à l'assuré.

**C.** Par acte du 21 avril 2012, N.\_\_\_\_\_ a recouru à l'encontre de la décision sur opposition du 22 mars 2012, dont il conclut implicitement à la réforme, en ce sens qu'il soit renoncé à la restitution de montant de 3'493 fr. 25, correspondant au montant réclamé par la Caisse pour les mois de novembre et décembre 2009. A l'appui de sa contestation, le recourant soutient qu'il était apte au travail à 100% durant les deux mois concernés. Il joint notamment à son recours :

- une copie du certificat médical établi par le Dr K. \_\_\_\_\_ à l'attention de la caisse le 15 février 2011, contenant l'annotation « Lausanne, le 29.3.12 erreur sur la date en effet M. N. \_\_\_\_\_ a été apte à 100% » ajoutée par le médecin en regard de l'indication initiale « du 1.1.09 au 31.12.09 inapte au travail à 100 % »,
- et une copie de l'attestation du 26 octobre 2011 du Dr K. \_\_\_\_\_, également complétée par le psychiatre en date du 29 mars 2012 par la mention manuscrite suivante : « Copie du certificat que je fais le 26.10.11 qui confirme que M. N. \_\_\_\_\_ a été apte au travail à 100% du 1.10.09 au 31.12.09 ».

Dans sa réponse du 22 mai 2012, la Caisse conclut au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée. Elle relève en substance qu'elle a retenu comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante que le recourant était 100% inapte à travailler dans toute activité professionnelle du 12 octobre au 31 décembre 2009, ajoutant que l'assuré avait au demeurant bénéficié d'indemnités perte de gain maladie versées par D. \_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> septembre au 31 octobre 2009.

Le 28 mai 2013, la Cour de céans a requis de l'OAI la production de son dossier ; l'office s'est exécuté le 10 juin suivant.

### **E n d r o i t :**

**1.**                   **a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-chômage (art. 1 al. 1 LACI [loi fédérale du 25 juin 1982 sur l'assurance-chômage et l'indemnité en cas d'insolvabilité ; RS 837.0]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA) auprès du tribunal des assurances compétent, à savoir celui du lieu où l'assuré se soumet au contrôle obligatoire lorsque la cause concerne l'indemnité de chômage (art. 100 al. 3 LACI, 128 al. 1 et 119 al. 1 let. a OACI [ordonnance du 31 août 1983 sur l'assurance-

chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité ; RS 837.02]). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile et respectant les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), est recevable.

**b)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). De valeur litigieuse inférieure à 30'000 fr., la cause est de la compétence d'un membre de la Cour statuant en qualité de juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c ; ATF 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

**b)** En l'espèce, le litige porte sur la restitution d'un montant de 3'493 fr. 25, correspondant aux prestations versées par l'intimée au recourant pour les mois de novembre et décembre 2009. Le recourant ne conteste plus, en revanche, devoir restituer les prestations perçues en octobre 2009 et en août, septembre et octobre 2010, ni la compensation avec les indemnités journalières de l'assurance-accidents pour les indemnités de chômage versées à tort en mars et avril 2010.

**3. a)** Aux termes de l'art. 95 al. 1 LACI, la demande de restitution est régie par l'art. 25 LPGA, à l'exception des cas relevant des art. 55 et 59c<sup>bis</sup> al. 4 LACI, lesquels ne sont toutefois pas applicables en l'espèce.

D'après l'art. 25 al. 1 LPGA, les prestations indûment touchées doivent être restituées. La restitution ne peut être exigée lorsque l'intéressé était de bonne foi et qu'elle le mettrait dans une situation difficile.

Une prestation accordée sur la base d'une décision formellement passée en force et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée sous l'angle matériel ne peut être répétée que lorsque les conditions d'une reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA) ou d'une révision procédurale (art. 53 al. 1 LPGA) sont réalisées (ATF 138 V 426 consid. 5.2.1, 110 V 176 consid. 2a ; DTA 1998 p. 76 consid. 3b). Ce principe s'applique également lorsque les prestations à restituer n'ont pas été allouées par une décision formelle mais par une décision traitée selon la procédure simplifiée prévue par l'art. 51 LPGA (ATF 111 V 329 consid. 1 ; DTA 1998 p. 76 consid. 3b). Après un laps de temps correspondant au délai d'opposition contre une décision formelle, l'administration ne peut demander la restitution des prestations allouées par une décision selon l'art. 51 LPGA et non contestée qu'aux conditions de la reconsidération ou de la révision procédurale (ATF 129 V 110 ; Boris Rubin, Commentaire de la loi sur l'assurance-chômage, Schulthess 2014, p. 612 n° 16 ad. art. 95).

L'assureur peut reconsidérer une décision formellement passée en force lorsqu'elle est manifestement erronée (en fait ou en droit) et que sa rectification revêt une importance notable (TF 8C\_614/2011 du 2 avril 2012 et 8C\_443/2008 du 8 janvier 2009). Indépendamment des montants en cause, une décision entrée en force formelle est soumise à révision lorsque l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant. Sont nouveaux les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure initiale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qu'ils n'étaient pas connus de l'autorité

qui demande la révision, malgré toute sa diligence. Les faits nouveaux doivent par ailleurs être importants, à savoir de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de la décision entreprise, et conduire à une décision différente en fonction d'une appréciation juridique correcte (Boris Rubin, op. cit, p. 612 et 613, n° 17 et 18 ad. art. 95 et les références). Par analogie avec la révision des décisions rendues par les autorités judiciaires, l'administration est tenue de procéder à la révision d'une décision entrée en force formelle, lorsque sont découverts des faits nouveaux ou de nouveaux moyens de preuves susceptibles de conduire à une appréciation juridique différente (cf. TFA C 11/05 du 16 août 2005 consid. 3 ; cf. ATF 126 V 23 consid. 4b et les références).

**b)** Le droit de demander la restitution de prestations indûment touchées s'éteint un an après le moment où l'institution d'assurance a eu connaissance du motif de restitution, mais au plus tard cinq ans après le versement de la prestation (cf. art. 25 al. 2, 1<sup>ère</sup> phrase LPGA). Il s'agit-là d'un double délai de péremption, que la caisse et le juge doivent examiner d'office dans la procédure de restitution (cf. Boris Rubin, op. cit, p. 615 n° 22 ad. art. 95 ; TF 8C\_616/2009 du 14 décembre 2009). Le point de départ du délai n'est pas celui de la commission de son erreur par l'administration, mais celui où elle aurait dû, dans un deuxième temps, s'en rendre compte (par exemple à l'occasion d'un contrôle comptable), en faisant preuve de l'attention requise (cf. ATF 124 V 380 consid. 1, 122 V 270 consid. 5 a et b/aa, 119 V 431 consid. 3a et les arrêts cités). La caisse doit disposer de tous les éléments qui sont décisifs dans le cas concret et dont la connaissance fonde - quant à son principe et à son étendue - la créance en restitution à l'encontre d'une personne déterminée, tenue à restitution (cf. TF 8C\_616/2009 du 14 décembre 2009 consid. 3.2 ; ATF 111 V 14 consid. 3). Si l'administration dispose d'indices laissant supposer l'existence d'une créance en restitution, mais que les éléments disponibles ne suffisent pas encore à en établir le bien-fondé, elle doit procéder, dans un délai raisonnable, aux investigations nécessaires. A défaut, le début du délai de péremption doit être fixé au moment où elle aurait été en mesure de rendre une décision de restitution si elle avait fait preuve de l'attention que l'on pouvait raisonnablement exiger d'elle (cf. Boris Rubin, op. cit, p.

615, n° 24 ad. art. 95 et les références). Le délai de péremption d'une année commence à courir dans tous les cas aussitôt qu'il s'avère que les prestations en question étaient indues (cf. TF K 70/06 du 30 juillet 2007 consid. 5.1). Le début de ce délai coïncide avec le moment où l'administration, par exemple à l'occasion d'un contrôle ou à réception d'informations propres à faire naître des doutes sur le bien-fondé de l'indemnisation, s'aperçoit ou aurait dû s'apercevoir que les indemnités ont été versées à tort, parce qu'une des conditions légales posées à leur octroi faisait défaut (cf. ATF 124 V 380 consid. 2c).

**c)** A teneur de l'art. 28 LACI, les assurés qui, passagèrement, ne sont aptes ni à travailler ni à être placés ou ne le sont que partiellement en raison notamment d'une maladie (art. 3 LPGa) 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<sup>ème</sup> jour suivant le début de l'incapacité totale ou partielle de travail et se limite à 44 indemnités journalières durant le délai-cadre (al. 1). Les indemnités journalières de l'assurance-maladie ou de l'assurance-accidents qui représentent une compensation de la perte de gain sont déduites de l'indemnité de chômage (al. 2). Le chômeur doit apporter la preuve de son incapacité ou de sa capacité de travail en produisant un certificat médical ; l'autorité cantonale ou la caisse peut toujours ordonner, aux frais de l'assurance, un examen médical par un médecin-conseil (al. 5).

L'assuré a droit à l'indemnité de chômage notamment s'il est apte au placement (art. 8 al. 1 let. f LACI). L'aptitude au placement comprend plusieurs éléments, dont la capacité de travail (art. 15 al. 1 LACI). Le droit à l'indemnité de chômage n'est pas reconnu en cas d'incapacité de travail, sauf durant une période maximale de 30 jours consécutifs et de 44 jours au total durant le délai-cadre d'indemnisation. Le but de l'art. 28 LACI est de combler, durant une période limitée, une lacune de couverture perte de gain (coordination, ATF 128 V 149 consid. 3b ; DTA 2004 p. 50 consid. 2.2). Lorsque l'incapacité totale de travail se

prolonge au-delà de la période maximale, le droit à l'indemnité prend fin en raison d'une inaptitude au placement. Le versement de l'indemnité de chômage durant une période où l'assuré est en incapacité de travail déroge à l'exigence centrale de l'aptitude au placement. Ce régime exceptionnel est limité dans le temps. L'assurance-chômage n'a pas vocation à compenser des pertes de gain dont la cause n'est pas liée au marché du travail. L'art. 28 LACI s'applique aux cas d'incapacités passagères de travail et non aux atteintes durables et importantes à la capacité de travail et de gain (ATF 126 V 124 consid. 3a ; DTA 2002 p. 238 consid. 4a ; TF 8C\_406/2014 du 18 mai 2011, consid. 5.4). Par « incapacité durable et importante », il faut entendre les incapacités invalidantes et d'une durée de l'ordre d'une année au minimum (Boris Rubin op. cit, p. 281, n° 1 et 3 ad. art. 28 LACI).

**4. a)** En l'espèce, l'intimée demande notamment la restitution d'un montant de 3'493 fr. 25, correspondant aux indemnités versées durant les mois de novembre et décembre 2009. Elle expose que, dans un premier temps, elle a pleinement indemnisé l'assuré, en se fondant sur les renseignements fournis par le recourant et le certificat médical de reprise de travail émis par le Dr K.\_\_\_\_\_ le 29 octobre 2009, desquels il ressortait que l'intéressé bénéficiait d'une pleine capacité de travail. Dans un second temps, elle s'est aperçue que le Dr K.\_\_\_\_\_ avait établi d'autres certificats attestant une totale incapacité de travail durant la même période et remettant en cause le bien-fondé des indemnités versées. De son côté, s'appuyant sur de nouveaux certificats médicaux établis par son psychiatre traitant, le recourant conteste l'incapacité de travail retenue par la Caisse.

**b)** Les indemnités litigieuses ont été accordées par décomptes des 27 novembre et 15 décembre 2009, selon la procédure simplifiée de l'art. 51 LPGA. Entrée en possession des premiers éléments de nature à faire naître des doutes sur le bien-fondé de ses prestations le 13 décembre 2010, à réception du courriel de l'ORP, la Caisse a agi dans le respect des délais de péremption relatif et absolu d'un et cinq ans

prévus par l'art. 25 al. 2 LGPA (cf. consid. 3b). La demande de restitution du 13 mai 2011 est donc intervenue en temps utile.

**c)** Le délai d'opposition contre une décision formelle (30 jours ; art. 52 al. 1 LGPA) étant écoulé depuis plus d'un an au moment de la décision de restitution, la caisse n'était habilitée à demander la restitution des prestations versées qu'aux conditions de la révision procédurale de l'art. 53 al. 1 LGPA (cf. consid. 3a). Celle-ci n'est possible qu'en présence d'éléments nouveaux importants, modifiant l'état de faits ayant fondé la décision initiale, en l'occurrence le versement des prestations allouées pour novembre et décembre 2009, et de nature à conduire à une décision différente en fonction d'une appréciation juridique correcte.

Le Caisse a considéré que l'incapacité de travail de l'assuré attestée le 15 février 2011 par le Dr K. \_\_\_\_\_ et couvrant la période d'octobre à décembre 2009 constituait un tel fait nouveau, propre à remettre en cause le bien-fondé des indemnités octroyées du 11 novembre 2009 au 31 décembre 2009. Elle a fondé sa décision sur l'art. 28 al. 1 LACI, aux termes duquel les assurés passagèrement en incapacité de travail pour raison de maladie ont droit à la pleine indemnité journalière au plus jusqu'au 30<sup>ème</sup> jour civil suivant le début de l'incapacité de travail. En l'occurrence, l'incapacité de travail à prendre en considération ayant débuté le 12 octobre 2009, premier jour du délai-cadre d'indemnisation, le délai de 30 jours arrivait à expiration le 10 novembre 2009. L'incapacité de travail de l'assuré ayant perduré au-delà de cette date, son droit à l'indemnité s'était éteint jusqu'au recouvrement d'une capacité de travail, soit dans le cas présent, le 1<sup>er</sup> janvier 2010.

Figurent au dossier plusieurs certificats médicaux du Dr K. \_\_\_\_\_, au contenu foncièrement contradictoire. Dans un premier certificat médical du 28 septembre 2009, le Dr K. \_\_\_\_\_ a attesté une totale incapacité de travail dès le 1<sup>er</sup> octobre 2009 pour une durée probable de 3 mois. Le 29 octobre 2009, le même médecin a déclaré que son patient était apte au travail à 100% dans une activité adaptée dès le

1<sup>er</sup> octobre 2009. Le 15 février 2011, interpellé par la Caisse, le Dr K.\_\_\_\_\_ a émis un troisième certificat médical, duquel il ressort que le recourant était en totale incapacité de travail du 1<sup>er</sup> septembre au 31 décembre 2009. A l'appui de l'opposition formée par son patient, le Dr K.\_\_\_\_\_ a délivré un nouveau certificat daté du 26 octobre 2011, indiquant que l'intéressé avait été apte au travail du 1<sup>er</sup> octobre au 31 décembre 2009. Face à ces incohérences, la Caisse a demandé au psychiatre de s'expliquer. Celui-ci a alors affirmé que son patient était inapte au travail entre le 12 octobre et le 31 décembre 2009, dans quelque activité que ce soit. Enfin, en procédure de recours, le Dr K.\_\_\_\_\_ a fait valoir qu'une « erreur sur la date » s'était immiscée dans son certificat du 15 février 2011 et que son patient était en réalité 100% apte au travail durant les mois de septembre à décembre 2009.

Le psychiatre traitant a ainsi émis six certificats médicaux consécutifs, se prononçant chacun de manière diamétralement opposée que le précédant, sur la question de la capacité de travail relative à la même période. Face à ces contradictions évidentes et inexplicables, portant en outre sur un élément essentiel, force est de s'interroger sur le manque de sérieux, voire la complaisance, avec lesquels ces certificats ont été établis. On peut d'ailleurs se demander s'ils n'engagent pas la responsabilité de leur auteur vis-à-vis de l'une ou l'autre assurance ayant versé des prestations. En tous les cas, aucune valeur probante ne peut leur être accordée, de sorte que la question du droit aux prestations de l'assurance-chômage durant la période litigieuse ne peut être tranchée sur la base des rapports médicaux du Dr K.\_\_\_\_\_, que ce soit dans le sens de l'octroi ou de la négation du droit.

**d)** A défaut de disposer de rapports médicaux probants au dossier de l'intimée, la Cour de céans a demandé à l'OAI, auprès duquel le recourant avait adressé une demande de prestations le 22 décembre 2008, de produire son dossier complet. Il en ressort que l'OAI a confié à Z.\_\_\_\_\_ le soin de réaliser une expertise pluridisciplinaire. Dans un rapport du 7 août 2009, les experts ont constaté une pleine capacité de travail dans l'activité professionnelle habituelle de l'assuré. Sur cette base,

l'office a nié le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité par décision du 5 octobre 2009. Au vu de cette décision, qui n'a pas fait l'objet d'une contestation de l'assuré, il convient d'admettre la pleine capacité de travail du recourant en novembre et décembre 2009. Il n'existe en effet pas de motif de s'écarter du constat de l'OAI, aucune pièce au dossier n'indiquant que l'état de santé de l'intéressé se serait péjoré entre le moment de l'expertise de Z.\_\_\_\_\_ et les mois de novembre et décembre 2009. On notera au surplus que le 4 juillet 2011, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations du 25 février 2011, l'assuré n'ayant apporté aucun élément permettant d'établir une aggravation de son état de santé depuis la décision initiale.

**e)** En l'absence d'éléments de nature à remettre valablement en cause la capacité de travail de l'assuré durant les mois de novembre et décembre 2009, il n'y a pas lieu de nier son droit à l'indemnité du 11 novembre au 31 décembre 2009, en application de l'art. 28 al. 1 LACI. Aucun élément au dossier ne permet au surplus de remettre en question ce droit sur la base d'un autre motif. Cela étant, il n'existe pas de motif de révision au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA. Les prestations allouées pour les mois de novembre et décembre 2009 l'ont été à juste titre ; l'intimée n'était pas fondée à en demander la restitution.

**5. a)** En définitive, il sied de faire droit aux conclusions du recourant et de porter en déduction du montant réclamé par l'intimée à l'assuré la somme de 3'493 fr. 25, correspondant aux indemnités demandées en restitution pour les mois de novembre et décembre 2009. Cela étant, la décision attaquée doit être réformée en ce sens qu'un montant de 8'974 fr. 85 a été versé à tort par l'intimée ; sur ce montant, la somme de 5'351 fr. 30 doit être demandée en restitution à l'assuré ; la décision litigieuse est confirmée pour le surplus.

**b)** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, le recourant n'étant pas représenté par un mandataire professionnel (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,  
le juge unique  
prononce :**

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision sur opposition du 22 mars 2012 est réformée en ce sens que le recourant doit restituer à l'intimée le montant 5'351 fr. 30, un montant additionnel de 3'551 fr. 80 étant compensé avec les prestations allouées par la CNA pour les mois de mars et avril 2010 et celui de 71 fr. 75 étant laissé à la charge du fonds de compensation de l'assurance-chômage.
  
- III. Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens.

Le juge unique :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède est notifié à :

- N. \_\_\_\_\_,
- B. \_\_\_\_\_,
- Secrétariat d'Etat à l'économie,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :