

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 juin 2012

Présidence de Mme THALMANN, juge unique
Greffière : Mme Mestre Carvalho

* * * * *

Causes pendantes entre :

B. _____, à [...], recourant,

et

U. _____ Caisse de chômage, à [...], intimée.

Art. 53 al. 2 LGPA; art. 30 al. 1 let. e LACI

E n f a i t :

A. B._____ a déposé le 28 mars 2011 une demande d'indemnité de chômage, sollicitant l'indemnité journalière depuis le 1^{er} avril 2011. Dans ce contexte, il a notamment mentionné que son dernier emploi était de durée déterminée et que son dernier jour de travail était le 31 mars 2011.

Par la suite, l'assuré a régulièrement rempli et remis les formulaires «*Indications de la personne assurée*» (IPA), lesquels comprennent en particulier la rubrique suivante (ch. 4) :

"Avez-vous été en incapacité de travail ? Oui O Non
O
annoncée le _____ à _____
A la suite d'une maladie : du _____ au _____
A la suite d'un accident : du _____ au _____
(veuillez joindre un certificat médical)
Ou pour d'autres raisons ?
Lesquelles ? _____ du _____ au _____"

Le 29 juin 2011, le Centre médical C._____ a établi un certificat médical attestant d'une incapacité de travail de l'assuré pour la période du 21 juin au 3 juillet 2011. A teneur d'une inscription manuscrite figurant sur la copie de ce certificat, il est précisé «*reçu par mail le 29 février 2012 de l'ORP. [...]*».

Aux termes du formulaire IPA de juin 2011, l'assuré n'a pas mentionné d'incapacité de travail. Selon une «*Attestation MMT*» du 17 juin 2011, il apparaît que l'intéressé a fréquenté la société E._____ SA durant deux demi-journées les 9 et 21 juin 2011, dans le cadre de mesures de marché du travail.

Sur le formulaire IPA de juillet 2011, l'assuré n'a pas signalé d'incapacité de travail pour cause de maladie. Il a en revanche déclaré avoir pris des vacances du 17 juillet au 7 août 2011, et a produit un

certificat médical établi le 4 août 2011 par le Centre médical C. _____
mentionnant ce qui suit :

"une incapacité de travail n'est pas légitime. Mais nous conseillons
des vacances de 15 jours à notre patient fatigué"

Le 7 novembre 2011, U. _____ Caisse de chômage (ci-après :
la Caisse) a informé l'assuré que, pour les mois de juillet et août 2011, elle
l'avait indemnisé à tort d'un montant de 730 fr. 70, dès lors qu'il avait pris
des vacances sans y avoir droit.

Le 13 octobre 2011, la Caisse a établi deux décomptes
remplaçant ceux précédemment arrêtés pour les mois de juillet et août
2011, et comportant la restitution de 405 fr. 95 pour le mois de juillet et
de 324 fr. 75 pour le mois d'août.

Le 30 novembre 2011, la Dresse T. _____, médecin-conseil
du Service de l'emploi, a établi un certificat médical mentionnant que
l'assuré était en incapacité de travail depuis le 28 novembre 2011 pour
«*plusieurs semaines*». Sur la copie de ce certificat, il est inscrit «*Maladie
annoncée dans les délais à l'ORP donc droit aux 30 j. maladie*» puis «*reçu
par mail du SDE le 28.02.12 [...]*».

Sur les IPA des mois de novembre 2011 et suivants, l'assuré
n'a pas mentionné d'incapacité de travail.

Le 23 janvier 2012, le Centre médical C. _____ a établi un
certificat médical attestant une incapacité de travail de 100% du 1^{er}
janvier au 30 juin 2012, et mentionnant à titre d'observation : «*interdiction
de porter des charges de plus de 15 kg*».

Le 29 février 2012, l'Office régional de placement (ORP) de [...] a
reçu un certificat médical établi le 10 février précédent par le Dr
K. _____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, mentionnant une
incapacité de travail du 9 au 17 février 2012. Sur une première copie de
ce certificat, il est mentionné «*reçu le 29 février 2012 de l'ORP [...]*». Sur

une autre copie du même document, le Dr K. _____ a précisé que les indications figurant sur ledit certificat signifiaient une reprise à 100% le 18 février 2012.

Le 29 février 2012, la Caisse a établi trois décomptes remplaçant respectivement les décomptes des 20 décembre 2011, 26 janvier 2012 et 28 février 2012, intitulés «*Demande de restitution*» et réclamant à l'assuré la restitution de 243 fr. 65 pour décembre 2011, 1'791 fr. 90 pour janvier 2012 et 1'710 fr. 40 pour février 2012.

Le 1^{er} mars 2012, la Caisse a rendu une décision intitulée «*Restitution de prestations versées à tort*» arrêtant à 3'745 fr. 95 les montants perçus indûment et devant être restitués. Cette décision mentionnait ce qui suit :

"Exposé des faits et motifs

La caisse de chômage vous a ouvert un délai-cadre d'indemnisation du 01.04.2011 au 31.03.2013, avec un gain assuré de CHF 2'400.00 soit une indemnité journalière brute de CHF 163.80, ce qui correspond à un taux d'indemnisation de 80%.

Sur les formulaires *Indications de la personne assurée* (IPA) des mois de novembre 2011 à février 2012 vous avez répondu "non" à la question 4 "Avez vous été en incapacité de travailler?".

Le 28.02.2012, la caisse a cependant reçu une copie de vos certificats médicaux de la part du Service de l'emploi. Ceux-ci attestent d'une incapacité à 100% du 28.11.2011 au 30.06.2012.

La caisse a donc dû corriger les versements initiaux en comptabilisant les 30 premiers jours civils en indemnités maladie[,] soit [...] du 28.11.2011 au 27.12.2011[,] et en annulant toutes les indemnités versées pour la période du 28.12.2011 au 29.02.2012.

Après correction des périodes de contrôle concernées, le montant à rembourser s'élève à CHF 3'745.95. Le décompte de la caisse de chômage se trouve en annexe.

Les prestations de l'assurance versées à tort demandées en restitution ne tiennent pas compte des cotisations sociales."

Le même jour, la Caisse a rendu une décision intitulée «*Indications fausses ou incomplètes*» suspendant le droit à l'indemnité de chômage de l'assuré suite à des indications fausses ou incomplètes à

partir du 28 février 2012 pour une durée de 22 jours. Cette décision indiquait ce qui suit :

"Exposé des faits et motifs

L'assuré enfreint son obligation d'informer ou d'annoncer lorsqu'il fournit des indications non avérées ou incomplètes en répondant aux questions figurant sur le formulaire mensuel "indications de la personne assurée", respectivement s'il ne fournit pas spontanément toutes les informations importantes et nécessaires quant à l'établissement du calcul de ses prestations et à l'indemnisation correcte de ces dernières.

Des pièces versées au dossier il ressort que vous revendiquez des prestations de l'assurance chômage dès le 01.04.2011.

En date du 19.12.2011 vous avez remis le formulaire IPA (indication de la personne assurée) du mois de décembre 2011, le 24.01.2012 celui de janvier 2012 et le 27.02.2012 celui de février 2012.

Sur tous ces formulaires vous avez répondu « non » à la question 4 « avez-vous été en incapacité de travailler ».

Par courriel du 28.02.2012, la caisse a reçu de la part du Service de l'emploi une copie de tous vos certificats médicaux. Il ressort que vous êtes en incapacité de travail du 28.11.2011 au 30.06.2012.

La conséquence de votre manquement a été que la caisse vous a versé à tort des indemnités durant la période du 28.12.2011 au 29.02.2012 (du 28.11.2011 au 27.12.2011 paiement en indemnité maladie).

Au vu de ce qui précède la caisse se trouve dans l'obligation de vous suspendre dans votre droit à l'indemnité de chômage pour une durée de 22 jours indemnisables dès le 28.02.2012."

L'assuré s'étant opposé à ces décisions par deux écrits datés des 15 et 23 mars 2012, la Caisse a rendu, le 20 avril 2012, la décision sur opposition suivante :

" Pour donner suite à vos courriers du 15.03.2012 et du 23.03.2012, la caisse de chômage U. _____ [...] (ci-après: la Caisse) a procédé à un nouvel examen de la cause et

décide

1. L'opposition du 15.03.2012, complétée le 23.03.2012, est rejetée.
2. La décision de caisse du 01.03.2012 pour indications fausses ou incomplètes est confirmée.

3. Les prestations de l'assurance-chômage versées à tort pour un montant de CHF 3'745.95 doivent être demandées en restitution.

4. Il n'est pas alloué de dépens."

Elle a considéré notamment ce qui suit :

"En droit

1. En date du 15.03.2012 et du 23.03.2012, l'assuré s'est opposé aux décisions de caisse « Indications fausses ou incomplètes » et « Restitution de prestations versées à tort » du 01.03.2012. Le délai d'opposition ainsi que les conditions de l'art. 10 OPGA ayant été respectés, l'opposition est recevable.

2. Selon l'art. 95 al. 1 LACI en relation avec l'art. 25 al. 1 LPGA, les prestations indûment touchées doivent être restituées. L'obligation de restituer suppose que soient remplies les conditions d'une reconsidération ou d'une révision procédurale de la décision par laquelle les prestations en cause ont été allouées (art. 53 al. 1 et 2 LPGA). Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable.

3. Conformément à l'art. 30 al. 1 let. e LACI, le droit de l'assuré à l'indemnité est suspendu lorsqu'il est établi que celui-ci a donné des indications fausses ou incomplètes ou a enfreint, de quelque autre manière, l'obligation de fournir des renseignements spontanément ou sur demande et d'aviser. Selon l'art. 30 al. 1 let. f LACI, le droit de l'assuré à l'indemnité est suspendu lorsqu'il est établi que celui-ci a obtenu ou tenté d'obtenir indûment l'indemnité de chômage.

4. Selon la Circulaire relative à l'indemnité de chômage Janvier 2007, chiffre marginal D41ss :

D41, l'obtention indue de l'indemnité de chômage présuppose une violation intentionnelle de l'obligation de renseigner et d'aviser et peut constituer un délit au sens de l'art. 105 LACI. Elle peut donc faire l'objet d'une sanction tant administrative que pénale.

D42, ce motif de suspension n'est rempli que lorsque l'assuré fournit des renseignements faux ou incomplets aux fins d'obtenir indûment l'indemnité de chômage (le dol éventuel suffit), ou enfreint son obligation d'annoncer des faits pertinents pour l'établissement de son droit à l'indemnité ou le calcul de son montant.

D43, la simple tentative de percevoir indûment l'indemnité de chômage constitue déjà un motif de suspension.

D44, l'autorité compétente assortit la suspension d'une décision exigeant le remboursement des indemnités touchées à tort.

D45, s'il est établi que l'assuré a perçu ou tenté de percevoir indûment l'indemnité de chômage, l'organe d'exécution concerné

examine s'il y a lieu d'intenter de surcroît une action pénale contre lui en vertu de l'art. 105 ou 106 LACI.

5. Dans son courrier du 20.02.2012 [recte : 15.03.2012], l'assuré mentionne qu'il fait opposition aux décisions de caisse du 01.03.2012 pour les motifs suivants : « Je vous écris au nom de mon ami M. B. _____ qui ne parlant pas français est totalement incapable de comprendre vos différents courriers. Il m'a expliqué son problème et montré les courriers le concernant. (...) Il n'avait même pas compris qu'il était en incapacité de travailler jusqu'au mois de juin et a continué à effectuer des recherches d'emploi. M. B. _____ ne sait même pas s'il est au chômage ou pas? Cette longue incapacité et certainement une erreur et il attend des nouvelles de sa nouvelle conseillère ORP afin de pouvoir retourner voir le médecin conseil ».

6. Comme indiqué sur tous les formulaires Indications de la personne assurée « Toute indication inexacte ou incomplète peut entraîner la suppression des prestations ou l'ouverture d'une plainte. Les prestations versées à tort doivent être restituées ». L'assuré ayant des problèmes linguistiques et ayant effectué ses recherches pour les mois incriminés, la Caisse avait déjà, au moment de rédaction de la décision de caisse « Indications fausses ou incomplètes », réduit le dommage causé en mettant 22 jours de suspension au lieu de 31 jours.

7. Par ces motifs, la caisse rejette l'opposition du 15.03.2012 et 23.03.2012 et confirme les deux décisions du 01.03.2012, soit la suspension pour indications fausses ou incomplètes à partir du 28.02.2012 pour une durée de 22 jours ainsi que la restitution de prestations versées à tort pour un montant de CHF 3'745.95."

B. Le 24 avril 2012, B. _____ a recouru contre cette décision en concluant à son annulation (ACH 65/12). Il explique que lisant et écrivant très mal le français, il ne comprend pas toujours très bien les papiers qu'il remplit, raison pour laquelle il a effectivement omis de mentionner sur le formulaire IPA de février 2012 l'incapacité de travail subie du 9 au 17 février 2012.

S'agissant de l'incapacité de travail attestée par le médecin-conseil de l'ORP, il déclare ne pas avoir compris ce que celui-ci lui avait expliqué ni qu'il le considérait en incapacité de travail dès le 28 novembre 2011. Il allègue qu'il se sentait capable de travailler et qu'il n'imaginait pas qu'un médecin l'avait mis en incapacité de travail. Il ajoute n'avoir en aucun cas voulu mentir à la Caisse.

S'agissant des certificats médicaux de son médecin traitant, il expose que celui-ci a établi des certificats médicaux spécifiant une incapacité à porter des charges supérieures à 15 kg pour l'année 2011, puis pour l'année 2012.

Le recourant a notamment produit les certificats médicaux suivants :

- un certificat médical du 26 février 2011 du Centre médical C. _____ attestant une incapacité de travail de 100% du 1^{er} janvier au 31 décembre 2011 et mentionnant en outre ce qui suit : *«autre incapacité : (spécifier) pour un port de charge maximum de 15 kg»*;

- un certificat médical du 29 février 2012 du Centre médical C. _____ attestant une *«Aptitude au travail à 100% ou reprise dès le 01.01.12 au 30.06.12»* et précisant sous la rubrique *«Observation»* : *«Interdiction de porter des charges de plus de 15 kg»*;

- un rapport médical du 30 novembre 2011 de la Dresse T. _____, dont il ressort que l'assuré a été convoqué le 28 novembre 2011 et qu'il présente une incapacité de travail totale pour une durée prévisible de plusieurs semaines. Il y est en outre mentionné ce qui suit :

"M. B. _____ présente des problèmes de santé interférant avec sa capacité de travail. En raison de ses problèmes médicaux, il est jugé incapable de travailler pour plusieurs semaines. Des mesures médicales sont en cours, notamment, une intervention chirurgicale est prévue. Ces mesures médicales sont indispensables pour retrouver une capacité de travail.

En fonction de l'évolution, il sera éventuellement judicieux de faire une demande à l'AI pour une aide à la réinsertion."

Dans le délai de réponse, la Caisse a produit :

- une nouvelle décision sur opposition du 25 avril 2012, *«annul[ant] et rempla[çant] celle du 20 avril 2012»*. En substance, cette nouvelle décision confirme la suspension de 22 jours pour indications

fausses ou incomplètes, mais réduit le montant à restituer de 651 fr. 60, pour les motifs suivants :

"7. En date du 20 mars 2012, la Caisse a reçu un nouveau certificat médical établi par le Dr K. _____ en date du 10 février 2012 qui mentionne que l'assuré est de nouveau apte au placement à partir du 18 février 2012. Dès lors, la Caisse a indemnisé l'assuré du 18 au 29 février 2012 pour un montant net de 651 fr. 60 selon décompte annexé.

8. Par ces motifs, la caisse admet partiellement l'opposition du 15 mars 2012 et 23 mars 2012 et confirme la décision du 01.03.2012 concernant la suspension pour indications fausses ou incomplètes à partir du 28.02.2012 pour une durée de 22 jours ainsi que la restitution de prestations versées à tort pour un montant net de CHF 3'094.35 (CHF 3'745.95 moins la compensation de CHF 651.60)."

- deux décisions datées du 14 mai 2012 intitulées «*Reconsidération pendente lite Décision de caisse du 01.03.2012 "Indications fausses ou incomplètes"*» et «*Reconsidération pendente lite Décision de caisse du 01.03.2012 "Restitution de prestations versées à tort"*».

B. _____ a interjeté recours à l'encontre de ces trois décisions par actes datés respectivement des 4 et 29 mai 2012 (ACH 84/2012, ACH 97/12 et ACH 98/12), en concluant principalement à leur annulation.

Les parties ont été informées par lettre du juge instructeur du 6 juin 2012 de la jonction des causes, les recours déposés par B. _____ étant considérés comme des déterminations sur les écritures de la Caisse.

E n d r o i t :

1. a) Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

Dans le cas présent, les recours ont été formés en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'ils sont recevables.

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, 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 du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). Vu la valeur litigieuse inférieure à 30'000 fr., la cause est de la compétence du juge instructeur statuant en tant que juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Selon l'art. 53 al. 2 et 3 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Jusqu'à l'envoi de son préavis à l'autorité de recours, l'assureur peut reconsidérer une décision ou une décision sur opposition contre laquelle un recours a été formé.

Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur les faits et la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383 consid. 3 p. 389 et les références). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits; un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 119 V 410 consid. 3a; 117 V 8 consid. 2c; 115 V 308 consid. 4a/cc).

Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée; en particulier, les

organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits; ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait ou de droit; s'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (TF 9C_527/2008 du 29 juin 2009 consid. 2.2, 9C_71/2008 du 14 mars 2008 consid. 2, 9C_575/2007 du 18 octobre 2007 consid. 2.2, I 907/06 du 7 mai 2007 consid. 3.2.1, I 338/06 du 30 janvier 2007 consid. 3, SVR 2009 UV n° 6 p. 21, U 5/07 consid. 5.3.1).

a) En ce qui concerne les décisions du 1^{er} mars 2012 «*Indications fausses ou incomplètes*» et «*Restitution de prestations versées à tort*», elles ne peuvent faire l'objet d'une reconsidération dès lors qu'elles ont été contestées par voie d'opposition et qu'une voie de recours n'est pas ouverte à leur encontre.

Partant, les décisions de «*Reconsidération pendente lite*» rendues par la Caisse le 14 mai 2012 doivent donc être annulées.

b) S'agissant de la décision du 25 avril 2012, malgré les termes utilisés, on peut douter qu'il s'agisse d'une reconsidération. En effet, il ne résulte pas du dossier que l'intimée ait indemnisé l'assuré du 18 au 29 février 2012 et opéré une compensation pour un montant de 651 fr. 60 avant sa première décision sur opposition du 20 avril 2012. Peu importe toutefois, vu l'issue du litige.

3. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision 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 126 V 353 consid. 5b, 125 V 193 consid. 2, 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 et les références citées). 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; cf. également TF 9C_365/2007 du 1^{er} juillet 2008 consid. 5.3). Les indications données sur la formule IPA sont des informations essentielles pour l'indemnisation de l'assuré.

4. Il convient tout d'abord d'examiner si la suspension de 22 jours prononcée à l'encontre du recourant est fondée.

Selon l'art. 30 al. 1 let. e LACI (loi fédérale du 25 juin 1982 sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité, RS 837.0), le droit de l'assuré est suspendu lorsqu'il est établi que celui-ci a donné des indications fausses ou incomplètes ou a enfreint, de quelque autre manière, l'obligation de fournir des renseignements spontanément ou sur demande et d'aviser. Le cas de suspension visé à l'art. 30 al. 1 let. e LACI est réalisé dès l'instant où l'assuré n'a pas rempli la formule IPA de manière correcte, complète et conforme à la vérité (TF 8C_457/2010 du 10 novembre 2010 consid. 4). Ce cas de suspension englobe toute violation du devoir de l'assuré de donner des informations correctes et complètes de même que la communication de tous les éléments importants pour la fixation de l'indemnité; peu importe que ces renseignements inexacts ou incomplets soient ou non à l'origine d'un versement indu de prestations ou de leur calcul erroné (ATF 130 V 385 consid. 3.1.2; TF 8C_457/2010 précité, loc. cit.). Contrairement à la situation envisagée à l'art. 30 al. 1 let. f LACI, le critère subjectif de l'intention, soit le fait d'agir avec conscience et volonté, n'est pas une condition d'application de l'art. 30 al. 1 let. e LACI (TF 8C_457/2010 précité, loc. cit.).

Pour éviter tout risque de confusion ou d'erreur de la part de la caisse, les indications doivent être exactes indépendamment de renseignements supplémentaires communiqués à l'administration sous

une autre forme (TF 8C_457/2010 précité consid. 5). Compte tenu de la jurisprudence en la matière, l'omission ou l'indication inexacte justifie en effet en principe et à elle seule une suspension du droit à l'indemnité au sens de l'art. 30 al. 1 let. e LACI, à tout le moins pour faute légère au sens de l'article 45 al. 3 let. a OACI (ordonnance du 31 août 1983 sur l'assurance-chômage et l'indemnité en cas d'insolvabilité, RS 837.02), qui prévoit dans ce cas une suspension du droit à l'indemnité de 1 à 15 jours.

En l'espèce, il est certes établi que le recourant n'a pas mentionné d'incapacité de travail sur les formules IPA. Il conteste toutefois avoir été en incapacité de travail sauf du 9 au 17 février 2012 et reconnaît ne pas l'avoir mentionné sur le formulaire IPA de février 2012. Il explique lire et écrire très mal le français. Au cas où la seule incapacité de travail du recourant serait celle-ci, une suspension de 22 jours apparaîtrait nettement exagérée. On peut d'ailleurs sérieusement douter qu'une telle suspension ait été fondée dès lors que la Caisse a eu connaissance le 29 février 2012 de cette incapacité de travail, le certificat médical du Dr K. _____ lui ayant été transmis à cette date.

Ce n'est cependant pas la seule incapacité de travail prise en compte par l'intimée.

Toutefois, ceux du Dr K. _____ exceptés, les divers certificats médicaux établis sont contradictoires. Si l'on peut interpréter les certificats médicaux du Centre médical C. _____ comme retenant une pleine capacité de travail dans des activités au port de charges limité, la Dresse T. _____ estime au contraire que la capacité de travail est nulle depuis fin novembre 2011 et pendant plusieurs semaines. Elle mentionne même qu'une intervention chirurgicale est prévue. Ces rapports médicaux contradictoires extrêmement sommaires ne permettent pas de savoir si le recourant était ou non en incapacité de travail.

Le dossier ne permet pas de savoir non plus si les connaissances en français du recourant sont si lacunaires qu'il ne lui est

pas possible de lire cette langue, ni de comprendre les explications orales telles que celles données par la Dresse T._____.

Il n'est dès lors pas possible de statuer en connaissance de cause, et la décision attaquée du 20 avril 2012 - de même que, par voie de conséquence, celle du 25 avril 2012 - doit être annulée, la cause étant renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction en ce sens, savoir quelles étaient les incapacités de travail du recourant et le niveau de ses connaissances en français.

5. Compte tenu des lacunes évoquées ci-dessus, il n'est pas possible non plus de connaître le montant des indemnités journalières à verser au recourant et par conséquent s'il y a lieu à restitution ou non. Il incombera dès lors à l'autorité intimée de se prononcer à nouveau sur cette problématique après avoir procédé au complément d'instruction mentionné plus haut.

6. Au vu de ce qui précède, les recours doivent être admis et les décisions attaquées annulées.

Il ne se justifie pas de percevoir d'émolument judiciaire, la procédure étant gratuite (cf. art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer d'indemnité à titre de dépens, le recourant ayant agi sans le concours d'un mandataire (cf. art. 61 let. g LPGA et art. 55 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la juge unique
p r o n o n c e :**

I. Les recours sont admis.

II. Les décisions rendues les 20 avril, 25 avril et 14 mai 2012 par U._____ Caisse de chômage sont annulées, le dossier étant

retourné à l'intimée pour nouvelle décision dans le sens des considérants.

III. Il n'est pas perçu d'émolument judiciaire, ni alloué de dépens.

La juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- B. _____,
- U. _____ Caisse de chômage,
- 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 :