

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 20 octobre 2015

---

Composition : Mme DESSAUX, juge unique

Greffière : Mme Monod

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**B.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante,

et

**CAISSE CANTONALE DE CHÔMAGE**, à Lausanne, intimée

---

**Art. 29 al. 2 Cst ; art. 27 LPGA ; art. 16 al. 2 let. a à c, 17 al. 1 et 30 al. 1 LACI ; art. 44 et 45 OACI.**

**E n f a i t :**

**A.** B.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante grecque née en 1984, a bénéficié d'un second délai-cadre d'indemnisation de l'assurance-chômage s'étendant du 1<sup>er</sup> juin 2012 au 31 mai 2014, ouvert par la Caisse cantonale de chômage (ci-après : la Caisse ou l'intimée).

Après une mission temporaire débutée en août 2012, elle a exercé l'activité d'assistante de direction à plein temps dès le 1<sup>er</sup> novembre 2012 auprès de la société D.\_\_\_\_\_SA, devenue ultérieurement C.\_\_\_\_\_SA. Les rapports de travail ont été résiliés par l'employeur, par suite de restructuration, avec effet au 31 mars 2014.

**B.** L'assurée a conclu un contrat de travail avec F.\_\_\_\_\_ en date \_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> avril 2014 en vue de son engagement en tant qu'assistante administrative à 100% à partir du 7 avril 2014.

Après avoir débuté son activité à cette dernière date, elle a mis un terme oralement aux rapports de travail le 11 avril 2014, ce qu'elle a confirmé par courrier du 14 avril 2014 à l'employeur. Le contrat corrélatif a dès lors pris fin le 17 avril 2014.

**C.** L'assurée s'est annoncée comme demandeuse d'emploi à compter du 18 avril 2014 auprès de l'Office régional de placement (ci-après : l'ORP) [...] et a sollicité des indemnités journalières à partir de cette date par dépôt du formulaire ad hoc le 29 avril 2014 à l'attention de la Caisse, soit son agence [...]. Elle a précisé avoir été en incapacité totale de travail les 16 et 17 avril 2014 et annexé un certificat établi le 16 avril 2014 par son médecin généraliste traitant, le Dr G.\_\_\_\_\_. Ce dernier

confirmait que sa patiente « [avait] donné sa démission de son emploi actuel pour raison de santé. »

Par pli du 29 avril 2014, la Caisse a requis un certificat médical explicite quant aux problèmes de santé rencontrés par l'assurée et aux raisons de l'incompatibilité médicale du poste occupé. Elle a également sollicité des explications détaillées sur les motifs de la résiliation des rapports de travail.

Le 15 mai 2014, l'assurée a notamment produit un certificat du Dr G.\_\_\_\_\_ faisant état d'une incapacité totale de travail du 15 au 17 avril 2014, avec reprise d'activité à plein temps dès le 18 avril 2014, sans autres précisions.

Sur demande réitérée de la Caisse, l'assurée a fait parvenir une attestation du Dr G.\_\_\_\_\_, datée du 16 mai 2014, lequel soulignait que « c'[était] bien dans le contexte d'un emploi dans lequel les conditions de travail étaient délétères pour sa santé qu'il lui [avait] conseillé de renoncer à ce travail ». Elle a précisé, dans son courrier d'accompagnement du 28 mai 2014, avoir suivi l'avis de son médecin. Le contenu des consultations médicales pouvait au surplus demeurer secret.

La Caisse a rendu une décision le 11 juin 2014, infligeant à l'assurée une suspension de 31 jours dans l'exercice de son droit à l'indemnité du fait de l'abandon fautif de son emploi auprès de F.\_\_\_\_\_. Elle a retenu que les certificats médicaux produits n'étaient pas suffisamment explicites quant à une incompatibilité du poste de travail qui justifierait la fin prématurée du contrat corrélatif pour raisons de santé.

**D.** L'assurée s'est opposée à cette décision par écriture du 12 juillet 2014, concluant à son annulation. Après rappel des différents échanges de courriers et entretiens téléphoniques avec la collaboratrice en charge de son dossier à la Caisse, elle a fait grief à cette dernière d'avoir violé son droit d'être entendue, motif pris de l'insuffisance de

motivation de la décision querellée. Elle n'avait reçu aucune explication, malgré ses demandes, sur les informations devant être fournies sur le plan médical et sur les raisons ayant fondé la Caisse à retenir un abandon fautif d'emploi alors qu'elle avait résilié son contrat de travail sur conseil de son médecin. Elle a par ailleurs considéré que la Caisse avait violé les dispositions légales pertinentes en lui infligeant la sanction incriminée tandis que les certificats de son médecin lui apparaissaient sans équivoque. Enfin, elle a reproché à la Caisse d'avoir violé son obligation de renseignement et de conseil en ne précisant pas la teneur exacte que devaient revêtir les certificats de son médecin traitant, ni les bases légales et jurisprudentielles à l'origine des réquisits correspondants.

La Caisse a invité l'assurée à exposer les circonstances professionnelles ayant justifié la consultation du Dr G.\_\_\_\_\_ et la résiliation des rapports de travail avec F.\_\_\_\_\_, par correspondance du 7 octobre 2014.

Dans sa réponse du 27 octobre 2014, l'assurée a exposé avoir connu une période difficile tant sur le plan personnel que professionnel avant d'émarger à nouveau à l'assurance-chômage, s'étant trouvée sous une pression continuelle à l'occasion de la restructuration de la société C.\_\_\_\_\_SA et vu ses craintes quant à la pérennité de son poste. Avant son licenciement par cette société, elle avait d'ailleurs entamé des recherches personnelles d'emploi et avait ainsi pu conclure un nouveau contrat de travail avec F.\_\_\_\_\_. Cela étant, le poste ne correspondait pas à celui annoncé, en l'absence de tout contact avec les fournisseurs et au vu de la rigidité des procédures de travail. Le stress accumulé avait en définitive généré des problèmes psychosomatiques conduisant le Dr G.\_\_\_\_\_ à envisager une hospitalisation aux fins d'observation et à lui suggérer de quitter ce nouvel emploi. Ses douleurs physiques s'étaient au demeurant amendées dès la fin des rapports de travail. L'assurée a enfin rappelé avoir scrupuleusement rempli ses obligations à l'égard de l'assurance-chômage, requérant derechef l'annulation de la décision du 11 juin 2014.

La Caisse a rendu sa décision sur opposition le 7 novembre 2014, rejetant l'opposition de l'assurée et confirmant la décision entreprise. Ce faisant, elle a retenu que la durée des rapports de travail avec F.\_\_\_\_\_ paraissait insuffisante pour juger du caractère convenable ou non de l'emploi concerné, la rigidité des procédures de travail et un éventuel manque d'autonomie ne justifiant de toute façon pas la qualification d'emploi non convenable. En outre, il était observé que l'assurée n'était pas en arrêt de travail au moment de sa démission communiquée oralement le 11 avril 2014, l'incapacité n'ayant été prononcée que dès le 15 avril 2014. Par ailleurs, les explications quant au stress rencontré dans l'emploi précédent permettaient a priori d'exclure un lien de causalité entre l'état de santé de l'assurée et les caractéristiques du poste occupé auprès de F.\_\_\_\_\_.

**E.** L'assurée a déféré la décision sur opposition du 7 novembre 2014 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de recours \_\_\_\_\_ du 10 décembre 2014. Reprenant pour l'essentiel les arguments précédemment avancés en procédure d'opposition, elle a conclu à l'annulation de ladite décision sur opposition sous suite principalement de versement des indemnités suspendues, subsidiairement de renvoi à l'intimée pour nouvelle décision.

La Caisse a produit sa réponse au recours le 30 janvier 2015, réitérant que l'assurée se trouvait au chômage par sa propre faute, alors qu'il n'était pas possible de déduire que le poste occupé auprès de F.\_\_\_\_\_ n'était pas convenable. S'agissant de la violation éventuelle de l'obligation de renseigner, l'intimée a souligné avoir sollicité expressément à plusieurs reprises les explications nécessaires auprès de l'assurée sans que cette dernière n'eût pris de disposition irréversible et subi de préjudice. Enfin, quant au droit d'être entendue de la recourante, elle avait eu plusieurs occasions de s'exprimer, y compris avant l'émission de la décision du 11 juin 2014. L'intimée a dès lors préavisé le rejet du recours.

Sur requête de la juge instructrice du 12 mars 2015, la recourante a produit en date du 9 avril 2015 le cahier des charges afférent à l'emploi occupé au sein de F.\_\_\_\_\_, lequel est libellé comme suit :

« [...] Tâches principales

1. Assurer le secrétariat et le suivi administratif du responsable « gestion immobilière ».
2. Assister aux séances, établir les ordres du jour, prendre les notes, rédiger des PV [réd. : procès-verbaux] et des rapports.
3. Réceptionner le courrier et le courriel du service, transmettre les informations, sauvegarder, classer.
4. Participer à certains projets internes ou externes sous la supervision du supérieur hiérarchique.
5. Collaborer avec l'assistante de direction dans la gestion des dossiers ; assurer son remplacement pendant son absence.

Tâches complémentaires

6. Collaborer à la réception [...].
7. Contribuer à d'autres tâches administratives non directement énumérées. [...] »

Une attestation du Dr G.\_\_\_\_\_ du 8 avril 2015 était également annexée, par laquelle ce praticien indiquait avoir été consulté par l'assurée par téléphone le 10 avril 2014, avant de l'avoir reçue en urgence le 15 avril 2014, pour examens complémentaires le 16 avril 2014, puis d'avoir procédé à des contrôles téléphoniques les 17 et 22 avril 2014 et enfin assumé le suivi des soins les 6 et 16 mai 2014.

Les parties ont été avisées, en date du 14 avril 2015, que la cause serait gardée à juger, sauf réquisitions complémentaires de leur part, sur quoi elles ne se sont pas manifestées.

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

**1. a)** Conformément à l'art. 56 al. 1 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1), applicable en vertu de l'art. 1 al. 1 LACI (loi fédérale du 25 juin 1982 sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité ; RS 837.0), les décisions sur opposition rendues par les autorités compétentes dans le domaine de l'assurance-chômage sont

sujettes à recours auprès du tribunal cantonal des assurances (art. 57 LPGA), compétent - en dérogation à l'art. 58 LPGA - selon les art. 100 al. 3 LACI et 128 al. 2 OACI (ordonnance fédérale 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).

**b)** Selon les art. 83b LOJV (loi vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01) et 93 let. a LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'appliquent 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.

La contestation portant sur le droit à l'indemnité de chômage sur une durée de 31 jours, la valeur litigieuse est inférieure à 30'000 fr., de sorte que la cause est de la compétence du juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

**c)** Déposé en temps utile par l'assurée qui a qualité pour recourir (cf. art. 59 et 61 let. b LPGA), dans les formes prévues par la loi, le recours est recevable, de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

**2.** En l'espèce, l'objet du litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée, par sa décision sur opposition du 7 novembre 2014, à confirmer la suspension du droit de la recourante à l'indemnité de chômage pour une durée de 31 jours, motif pris de la résiliation injustifiée du contrat de travail conclu avec F.\_\_\_\_\_.

Dans ce contexte, il s'agira d'examiner dans quelle mesure un abandon fautif d'emploi peut être retenu à l'encontre de la recourante, soit si le poste occupé auprès de l'entreprise précitée correspondait à la notion d'emploi non convenable au sens entendu par l'art. 16 al. 2 LACI.

Cas échéant, il conviendra de déterminer si la recourante était légitimée à mettre fin au contrat de travail corrélatif en raison de ses problèmes de santé et à défaut, si la quotité de la sanction prononcée est proportionnée à la faute qui lui a été reprochée.

Préalablement, il y a lieu cependant de se prononcer sur les autres griefs de la recourante, susceptibles en soi d'entraîner l'annulation de la décision sur opposition querellée, soit la violation de son droit d'être entendue et l'éventuel manquement de l'intimée à son obligation de prodiguer renseignements et conseils.

**3.** La recourante se prévaut en premier lieu de la violation par l'intimée de son droit d'être entendue, à savoir que la Caisse aurait insuffisamment motivé sa décision sur opposition du 7 novembre 2014, en ne se prononçant notamment pas sur l'intégralité des arguments soulevés en procédure administrative et en ne fournissant aucune précision sur la teneur qu'auraient dû revêtir les certificats médicaux produits par l'assurée.

**a)** L'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) garantit aux parties à une procédure judiciaire ou administrative le droit d'être entendues (cf. également dans le cadre des procédures devant les assureurs sociaux, l'art. 42 LPGS).

**b)** Selon la jurisprudence, le droit d'être entendu comporte notamment l'obligation pour le juge, respectivement l'administration, de motiver sa décision, afin que ses destinataires et toutes les personnes intéressées puissent la comprendre et l'attaquer utilement en connaissance de cause s'il y a lieu, et qu'une autorité de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle

(ATF 126 I 15 consid. 2a/aa ; 125 II 369 consid. 2c ; TF [Tribunal fédéral] 8C\_1001/2008 du 31 juillet 2009 consid. 2.2). En règle générale, l'étendue de l'obligation de motiver dépend de la complexité de l'affaire à juger, de la liberté d'appréciation dont jouit le juge et de la potentielle gravité des conséquences de sa décision (ATF 112 la 107 consid. 2b ; TF 8C\_1001/2008 du 31 juillet 2009 consid. 2.2).

Le juge, respectivement l'administration, n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les arguments invoqués par les parties, mais peut se limiter à ceux qui lui apparaissent pertinents (ATF 136 I 229 consid. 5.2 ; 136 V 351 consid. 4.2 et les références citées ; TF 5A\_13/2011 du 8 février 2011 consid. 3.1). Il n'y a violation du droit d'être entendu que si l'autorité ne satisfait pas à son devoir minimum d'examiner les problèmes pertinents (ATF 133 III 439 consid. 3.3 ; 130 II 530 consid. 4.3).

Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit en principe entraîner l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond. A teneur de jurisprudence, toutefois, la violation du droit d'être entendu est réparée - à titre exceptionnel et pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière - lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 137 I 195 consid. 2.3.2 ; 135 I 279 consid. 2.6.1 ; 135 V 387 consid. 5.1 ; 127 V 431 consid. 3d/aa ; TF 8C\_1001/2008 du 31 juillet 2009 consid. 2.2 et les références citées).

**c)** En l'espèce, il n'est pas contesté que l'intimée n'a pas expressément pris position sur l'ensemble des griefs soulevés par l'assurée au stade de la procédure d'opposition. Elle ne s'est singulièrement pas déterminée sur la violation du droit d'être entendue, ni sur la violation de l'obligation de renseigner et conseiller l'assurée.

Cela étant, ces manquements ne sauraient justifier l'annulation de la décision sur opposition entreprise dans la mesure où les vices l'affectant sont susceptibles d'être réparés par la Cour de céans, dotée d'un plein pouvoir d'examen.

S'agissant de la teneur des certificats médicaux et de la notion de travail convenable, on relèvera que l'intimée a tout de même communiqué les critères dégagés par la jurisprudence et la doctrine, sous chiffre 8 de la décision sur opposition litigieuse. Sous chiffre 9 de cet acte, elle a exposé que les certificats médicaux établis par le Dr G. \_\_\_\_\_ ne donnaient aucune précision sur l'origine des problèmes de santé rencontrés par la recourante, ni sur leur nature. Si cette motivation peut certes être considérée comme sommaire, elle demeure admissible dans la mesure où elle se rapporte au constat d'un fait négatif, soit l'absence de détails dans les certificats médicaux en question. L'administration aurait pu relever en outre que le médecin traitant se limitait à relayer les plaintes alléguées par sa patiente, sans étayer celles-ci par l'exposé d'éléments cliniques objectivant les causes de ses doléances. La Caisse aurait également pu souligner que la simple mention d'une « atteinte psychologique » en lien avec les conditions de travail était trop vague, faute de tout détail concernant la nature et l'ampleur de cette atteinte. L'intimée aurait par ailleurs été bienvenue d'indiquer que les certificats médicaux litigieux n'exposaient pas en quoi les conditions de travail étaient à l'origine de l'atteinte à la santé, respectivement quelles activités impliquées par l'emploi exercé étaient contre-indiquées.

Quand bien même tel n'a pas été le cas, ce qui pourrait entraîner le constat de l'insuffisance de motivation de la décision sur opposition entreprise, cela ne suffit pas à retenir une violation grave du droit d'être entendue de la recourante. Dite violation doit en effet être considérée comme réparée du fait que l'assurée a été en mesure de comprendre l'impact de la décision sur opposition et de l'attaquer en temps utile auprès de la Cour de céans. Par ailleurs, il est rappelé que la maxime d'office prévaut en matière d'assurance sociales ce qui permet au tribunal de combler les éventuelles lacunes de la cause.

On ajoutera en lien avec le déroulement de la procédure administrative que, quoi qu'en dise la recourante, les correspondances de l'intimée des 29 avril 2014 et 16 mai 2014 énoncent clairement les précisions minimales devant être requises auprès du médecin traitant, notamment quant aux éléments concrets entravant la poursuite des rapports de travail et les résultats de ses examens. On ne voit dès lors pas en quoi son droit d'être entendue aurait été violé à ce stade.

Le premier grief de l'assurée doit ainsi être écarté.

**4.** En second lieu, la recourante se prévaut du manquement éventuel de l'intimée à son obligation de fournir renseignements et de conseils, eu égard à la teneur des certificats médicaux produits. Elle considère avoir été induite en erreur par les informations communiquées par la personne en charge de son dossier auprès de la Caisse et s'être strictement conformée aux indications reçues en sollicitant les attestations subséquentes de son médecin traitant.

**a)** L'art. 27 LPGA - disposition étroitement liée au principe constitutionnel d'après lequel les organes de l'Etat et les particuliers doivent agir conformément au principe de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 Cst.) - prévoit que les assureurs et les organes d'exécution des diverses assurances sociales sont tenus, dans les limites de leur domaine de compétence, de renseigner les personnes intéressées sur leurs droits et obligations (al. 1). Par ailleurs, chacun a le droit d'être conseillé, en principe gratuitement, sur ses droits et obligations ; sont compétents pour cela les assureurs à l'égard desquels les intéressés doivent faire valoir leurs droits ou remplir leurs obligations (al. 2).

Tandis que l'al. 1 de cette disposition pose une obligation générale et permanente de renseigner, indépendante de la formulation d'une demande par les personnes intéressées - obligation de renseigner qui sera satisfaite par le biais de brochures, fiches, instructions, etc. -, l'al.

2 prévoit un droit individuel d'être conseillé par les assureurs compétents. Le devoir de conseil de l'assureur social au sens de l'art. 27 al. 2 LPGA comprend l'obligation d'attirer l'attention de la personne intéressée sur le fait que son comportement pourrait mettre en péril la réalisation de l'une des conditions du droit aux prestations. Les conseils ou renseignements portent sur les faits que la personne qui a besoin de conseils doit savoir pour pouvoir correctement user de ses droits et obligations dans une situation concrète face à l'assureur. Le devoir de conseil s'étend non seulement aux circonstances de fait déterminantes, mais également aux circonstances de nature juridique ; son contenu dépend de la situation concrète dans laquelle se trouve l'assuré, telle qu'elle est reconnaissable pour l'administration (ATF 131 V 472 consid. 4 ; TF 9C\_865/2010 du 8 juin 2011 consid. 5.2).

**b)** Dans le domaine spécifique de l'assurance-chômage, les principes découlant de l'art. 27 LPGA sont concrétisés à l'art. 19a OACI. Cette disposition prévoit que les organes d'exécution renseignent les assurés sur leurs droits et obligations, notamment sur la procédure d'inscription et leur obligation de prévenir et d'abrèger le chômage (al. 1). Selon l'art. 19a al. 2 OACI, les caisses renseignent les assurés sur leurs droits et obligations entrant dans le domaine d'activité des caisses (cf. art. 81 LACI). Enfin, conformément à l'art. 19a al. 3 OACI, les autorités cantonales et les offices régionaux de placement (ORP) renseignent les assurés sur leurs droits et obligations entrant dans les domaines d'activité spécifiques (cf. art. 85 et 85b LACI).

**c)** Le défaut de renseignement dans une situation où une obligation de renseigner est prévue par la loi, ou lorsque les circonstances concrètes du cas particulier auraient commandé une information de l'assureur, est assimilé à une déclaration erronée qui peut, sous certaines conditions, obliger l'autorité à consentir à un administré un avantage auquel il n'aurait pu prétendre, en vertu du principe de la protection de la bonne foi découlant de l'art. 9 Cst. (ATF 131 V 472 consid. 5).

D'après la jurisprudence, un renseignement ou une décision erronés de l'administration peuvent obliger celle-ci à consentir à un administré un avantage contraire à la réglementation en vigueur, à condition que (a) l'autorité soit intervenue dans une situation concrète à l'égard de personnes déterminées, (b) qu'elle ait agi ou soit censée avoir agi dans les limites de ses compétences et (c) que l'administré n'ait pas pu se rendre compte immédiatement de l'inexactitude du renseignement obtenu. Il faut encore qu'il se soit fondé sur les assurances ou le comportement dont il se prévaut pour (d) prendre des dispositions auxquelles il ne saurait renoncer sans subir de préjudice, et (e) que la réglementation n'ait pas changé depuis le moment où l'assurance a été donnée (ATF 131 II 627 consid. 6.1 et les références citées).

Ces principes s'appliquent par analogie au défaut de renseignement, la condition (c) devant toutefois être formulée de la façon suivante, à savoir que l'administré n'ait pas eu connaissance du contenu du renseignement omis ou que ce contenu était tellement évident qu'il n'avait pas à s'attendre à une autre information (ATF 131 V 472 consid. 5 ; TF 8C\_320/2010 du 14 décembre 2010 consid. 5.2 ; 8C\_66/2009 du 7 septembre 2009 consid. 8.4, non publié in : ATF 135 V 339).

**d)** In casu, ainsi qu'il a été observé sous considérant 3c in fine ci-avant, on ne voit pas que les courriers de la Caisse en lien avec les informations minimales devant être fournies par le médecin traitant, expédiés les 29 avril 2014 et 16 mai 2014, aient été imprécis ou équivoques, voire susceptibles d'induire en erreur l'assurée.

A l'instar de l'intimée, il convient de constater que ces documents sont en revanche clairs et exhaustifs quant aux informations médicales indispensables à l'administration. Au demeurant, on rappellera à la recourante qu'il n'appartient pas à la Caisse, mais bien au médecin traitant de décider du contenu du certificat médical requis. Il était en outre loisible à l'assurée de faire suivre les correspondances de l'intimée au Dr

G.\_\_\_\_\_, voire une fois la décision de suspension connue, de solliciter une attestation médicale plus détaillée.

Indépendamment de ces éléments, force est de constater que les conditions posées par la jurisprudence fédérale qui permettraient à l'assurée de se prévaloir de sa bonne foi ne sont de toute façon pas remplies en l'occurrence. Il n'apparaît en effet pas que l'assurée aurait pris des dispositions irréversibles du fait d'un éventuel manquement de la Caisse, alors que l'on voit mal dans quelle mesure cette dernière aurait pu fournir des renseignements plus précis quant à la teneur de l'attestation médicale.

Partant, on ne peut que rejeter les arguments développés par la recourante en lien avec ce second grief.

**5.** Il y a lieu à ce stade de se prononcer sur le bien-fondé de la sanction incriminée, la recourante invoquant que l'emploi auprès de F.\_\_\_\_\_ n'était pas convenable au regard de son état de santé.

**a)** En vertu de l'art. 17 al. 1 LACI in limine, l'assuré qui fait valoir des prestations d'assurance doit, avec l'assistance de l'office du travail compétent, entreprendre tout ce qu'on peut raisonnablement exiger de lui pour éviter le chômage ou l'abréger.

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.

Est notamment réputé sans travail par sa propre faute, selon l'art. 44 al. 1 let. b OACI, 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.

**b)** De manière générale, une mesure de suspension suppose toujours l'existence d'une faute de l'assuré dont la gravité - légère,

moyenne ou lourde - détermine la durée de la sanction (cf. art. 45 al. 3 OACI). La notion de faute prend toutefois, en droit de l'assurance-chômage, une acception particulière, spécifique à ce domaine. Elle ne suppose pas nécessairement, comme en droit pénal ou civil, que l'on doive imputer à l'assuré un comportement répréhensible ; elle peut être réalisée sitôt que la survenance du chômage ne relève pas de facteurs objectifs, mais réside dans un comportement que l'assuré pouvait éviter au vu des circonstances et des relations personnelles en cause (TFA [Tribunal fédéral des assurances] C 207/05 du 31 octobre 2006 consid. 4.2 et les références). La suspension du droit à l'indemnité est destinée à poser une limite à l'obligation de l'assurance-chômage d'allouer des prestations pour des dommages que l'assuré aurait pu éviter ou réduire. En tant que sanction administrative, elle a pour but de faire répondre l'assuré, d'une manière appropriée, du préjudice causé à l'assurance-chômage par son comportement fautif (ATF 133 V 89 consid. 6.2.2, 126 V 520 consid. 4 et 126 V 130 consid. 1).

**6.** Pour trancher la question de savoir si l'on pouvait exiger de la recourante le maintien de son emploi, il faut déterminer préalablement si l'activité à laquelle elle a mis fin le 11 avril 2014, respectivement le 14 avril 2014, était réputée convenable au sens de l'art. 16 LACI.

Il est en effet rappelé dans ce contexte que ne commet aucune faute au sens de l'art. 44 al. 1 let. b OACI l'assuré qui abandonne un emploi non convenable.

**a)** L'art. 16 al. 2 LACI pose à cet égard le principe que n'est pas réputé convenable et, par conséquent, est exclu de l'obligation d'être accepté, tout travail qui n'est pas conforme aux usages professionnels et locaux, en particulier ne satisfait pas aux conditions des conventions collectives ou des contrats-type de travail (let. a), qui ne tient pas raisonnablement compte des aptitudes de l'assuré ou de l'activité qu'il a précédemment exercée (let. b) ou encore notamment qui ne convient pas à l'âge, à la situation personnelle ou à l'état de santé de l'assuré (let.c).

**b)** Selon la jurisprudence, il y a lieu d'admettre de façon restrictive les circonstances pouvant justifier l'abandon d'un emploi. Des désaccords sur le montant du salaire ou un rapport tendu avec des supérieurs ou des collègues de travail ne suffisent pas à justifier l'abandon d'un emploi. Dans ces circonstances, on doit, au contraire, attendre de l'assuré qu'il fasse l'effort de garder sa place jusqu'à ce qu'il ait trouvé un nouvel emploi (TF 8C\_225/2009 du 30 juillet 2009 consid. 5.1 et les références citées ; cf. Boris Rubin, Commentaire de la loi sur l'assurance-chômage, Genève/Zurich/Bâle 2014, n° 32 et ss ad art. 30 LACI).

Si l'assuré se prévaut de ce que l'emploi ne lui convenait pas en raison de son état de santé, il lui appartient d'établir clairement, au moyen d'un certificat médical reposant sur une analyse clinique et technique et apportant un minimum de précisions sur les activités qui seraient contre-indiquées, que la continuation des rapports de travail était de nature à mettre sa santé en danger. Le certificat ne doit pas avoir été établi trop longtemps après la survenance de l'empêchement (cf. Boris Rubin, op. cit., n° 37 ad art. 16 LACI ; TF 8C\_1009/2012 du 27 mars 2013 consid. 2 ; TFA C 60/05 du 18 avril 2006 consid. 6.1).

Il incombe ainsi à l'assuré qui s'en prévaut, d'établir au moyen d'un certificat médical que le travail n'est pas compatible avec son état de santé. Ce critère s'apprécie non pas par rapport à ce que pourrait ressentir tout assuré dans une situation identique, mais sur la base d'éléments objectifs ressortant de certificats médicaux (cf. Gerhard Gerhards, Kommentar zum Arbeitslosenversicherungsgesetz, Berne/Stuttgart 1987, vol. I, n° 30 et 31 ad art. 16, p. 235).

Pour examiner la question de savoir si l'assuré peut résilier un travail en raison de son état de santé, il y a lieu de s'en tenir au principe inquisitorial régissant la procédure administrative. Selon ce principe, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le tribunal, lequel apprécie librement les preuves sans être lié par des règles formelles. Ce principe n'est toutefois pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela

peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 195 consid. 2 ; VSI 1994 p. 220 consid. 4). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve : en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 264 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 375 consid. 3 ; RAMA 1999 n° U 344, p. 418 consid. 3).

**c)** En l'occurrence, il ressort de l'attestation du Dr G. \_\_\_\_\_

du

8 avril 2015 que l'assurée l'a consulté une première fois par téléphone du 10 avril 2014. Dans la mesure où elle a présenté verbalement sa démission le 11 avril 2014, il peut être déduit que sa décision a été prise à la faveur de cet entretien, soit sur conseil du médecin précité. Or, force est de constater que ce praticien a prodigué ce conseil en l'absence de tout examen clinique, sans que n'eussent été fournies des explications subséquentes qui viendraient objectiver une telle recommandation. Cet élément rend manifestement critiquable, tant à la forme que sur le fond, la justification médicale à l'origine de l'abandon d'emploi.

Par ailleurs, compte tenu de la jurisprudence citée supra et de l'obstacle constitué par le secret médical à la maxime inquisitoire, il appartenait incontestablement à l'assurée d'autoriser son médecin à renseigner exhaustivement l'autorité administrative sur la base des exigences énoncées dans les courriers de cette dernière des 29 avril 2014 et 16 mai 2014. Comme tel n'a pas été le cas, l'assurée doit supporter les conséquences de l'absence de preuve faute d'avoir levé le secret médical liant son médecin traitant.

Cela étant, les certificats établis par le Dr G. \_\_\_\_\_ sont de formulation vague, ne fournissent aucune indication sur les activités qui seraient contre-indiquées, ni davantage sur les atteintes à la santé

diagnostiquées sur la base des symptômes objectivés par un examen clinique. Il ne détaille pas non plus quelles seraient les répercussions de ces atteintes en termes de capacité de travail. Les certificats produits par la recourante ne remplissent dès lors à l'évidence pas les réquisits jurisprudentiels énoncés plus haut pour justifier une démission du fait de son état de santé ou de la mise en danger de sa santé. Il n'a donc pas été démontré que le poste occupé auprès de F.\_\_\_\_\_ serait tombé sous le coup de l'art. 16 al. 2 let. c LACI.

On peut en outre se rallier aux considérations de l'intimée qui relève à juste titre que l'assurée n'était pas en incapacité de travail au moment où elle a communiqué sa démission le 11 avril 2014, ni même d'ailleurs à l'occasion de son courrier du 14 avril 2014. Ses explications ultérieures quant à la pression subie dans le cadre de son emploi précédent auprès de la société C.\_\_\_\_\_SA laissent également supposer que le lien de causalité entre le poste occupé au sein de F.\_\_\_\_\_ et les problèmes de santé allégués par la recourante n'était vraisemblablement pas réalisé.

Au demeurant, s'agissant spécifiquement des conditions de travail au poste précité, il faut observer que le cahier des charges du 1<sup>er</sup> avril 2014 correspond strictement à une activité usuelle d'assistante administrative, la recourante ne prétendant d'ailleurs pas qu'il ne correspondait pas à ses compétences professionnelles. L'activité concernée ne pouvait être dès lors qualifiée de non convenable au regard de l'art. 16 al. 2 let. a et b LACI.

On relèvera enfin que l'absence d'autonomie et de contacts directs avec les fournisseurs sont des griefs relevant de pure convenance personnelle, sans incidence sur le caractère convenable de l'emploi en cause.

Vu ces éléments, il y a lieu de conclure, à l'instar de l'intimée, que celle-ci était légitimée à considérer que la recourante avait abandonné fautivement un emploi convenable, sans s'être assurée de ne

pas émarger à l'assurance-chômage, et de prononcer une sanction à son encontre. Un tel comportement est en effet passible de l'art. 30 al. 1 let. a LACI, prévoyant la suspension du droit à l'indemnité lorsqu'il est établi que l'assuré est sans travail par sa propre faute.

**6.** La suspension litigieuse étant confirmée dans son principe, il convient à présent d'en examiner la quotité tout en se prononçant sur le degré de gravité de la faute commise.

**a)** La durée de la suspension est proportionnelle à la gravité de la faute de l'assuré, et ne peut excéder, par motif de suspension, 60 jours (art. 30 al. 3 LACI). Aux termes de l'art. 45 al. 3 OACI, elle 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. Il y a notamment faute grave lorsque l'assuré abandonne un emploi réputé convenable sans être assuré d'obtenir un nouvel emploi, ou lorsqu'il refuse un emploi réputé convenable sans motif valable (art. 45 al. 4 OACI).

**b)** Selon la jurisprudence, lorsqu'un assuré peut se prévaloir d'un motif valable, il n'y a pas nécessairement faute grave en cas d'abandon d'un emploi réputé convenable. Par motif valable, il faut entendre un motif qui fait apparaître la faute comme étant de gravité moyenne ou légère ; il peut s'agir d'un motif lié à la situation subjective de la personne concernée ou à des circonstances objectives (ATF 130 V 125 ; TF 8C\_225/2011 du 9 mars 2012 consid. 4.2). Dans cette mesure, le pouvoir d'appréciation de l'administration, respectivement du juge, n'est pas limité à la durée minimum de suspension fixée pour les cas de faute grave (TF 8C\_616/2010 du 28 mars 2011 consid. 6 ; TF 8C\_775/2012 du 29 novembre 2012 consid. 3). Il n'en demeure pas moins que l'admission de fautes moyennes ou légères doit rester l'exception. Par ailleurs, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer son 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 126 V

75 consid. 6, 123 V 150 consid. 2 ; TF 9C\_377/2009 du 20 janvier 2010 consid. 4.2).

**c)** Dans sa directive relative à l'indemnité de chômage (Bulletin LACI IC, janvier 2013, chiffre D1), le Secrétariat d'État à l'économie (ci-après : le SECO) précise que la suspension du droit à l'indemnité est une sanction qui a pour but de faire participer d'une manière appropriée l'assuré au dommage qu'il a causé à l'assurance-chômage par son comportement fautif, et ce en vertu du principe de la causalité adéquate et naturelle. Elle a également pour but d'exercer une certaine pression sur l'assuré afin qu'il remplisse ses obligations. La suspension vise un but éducatif et doit par conséquent inciter l'assuré à modifier son comportement pour éviter de nouvelles sanctions.

En outre, par souci d'égalité de traitement entre les assurés, le SECO a établi un barème relatif aux sanctions applicables auxquels les tribunaux se réfèrent également. Ils ne s'en écartent que lorsqu'il y a des circonstances particulières. Le barème du SECO prévoit, en cas d'abandon d'un emploi convenable à durée indéterminée, une suspension de 31 à 45 jours (Bulletin LACI IC, janvier 2013, chiffre D 72, 2B 1).

**d)** In casu, la recourante a mis fin à un contrat de travail sans s'être assurée auparavant de disposer d'une autre opportunité de travail. Cette violation de ses obligations à l'égard de l'assurance-chômage étant considérée comme grave de jurisprudence constante, l'intimée était légitimée à prononcer une sanction sur la base de l'art. 45 al. 3 let. c OACI, soit d'une durée fixée entre 31 et 60 jours de suspension dans l'exercice du droit à l'indemnité.

Dans la mesure où la recourante n'a sérieusement fait valoir aucune circonstance particulière, tant subjective qu'objective, qui permettrait d'excuser son manquement et de qualifier sa faute de moyenne ou légère, l'on ne voit en conséquence aucun motif susceptible

de justifier une sanction inférieure au minimum de 31 jours prévu pour une faute grave.

Il convient en définitive de maintenir la sanction de 31 jours de suspension dans l'exercice de son droit à l'indemnité que lui a infligée l'intimée.

**7.** En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**a)** La procédure étant gratuite, le présent arrêt est rendu sans frais  
(cf. art. 61 let. a LPGA).

**b)** Il n'est pas alloué de dépens, la recourante - au demeurant non représentée par un mandataire professionnel - n'obtenant pas gain de cause  
(cf. art. 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 7 novembre 2014 par la Caisse cantonale de chômage est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La juge unique :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- B. \_\_\_\_\_, à [...],
- Caisse cantonale de chômage, à Lausanne,
- Secrétariat d'Etat à l'économie, à Berne.

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 :