

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 novembre 2015

Composition : Mme DESSAUX, juge unique

Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourante,

et

CAISSE CANTONALE DE CHÔMAGE, à Lausanne, intimée.

Art. 16, 17 et 30 al. 1 let. c LACI ; art. 44 al. 1 let. b OACI.

E n f a i t :

A. B. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante suisse née en 1986, a été engagée en qualité de secrétaire-comptable à 100% par C. _____ SA dès le 1^{er} janvier 2011. Une augmentation de salaire lui a été accordée dès le 1^{er} mars 2014.

Suite à une nouvelle orientation prise par la direction de la société, son poste de travail a été transformé en une activité d'assistante de vente à partir du 1^{er} juin 2014.

B. L'assurée a été en incapacité totale de travail dès le 7 juillet 2014 au motif de maladie, selon les certificats établis par son médecin généraliste traitant, le Dr D. _____. Cette incapacité a été prolongée jusqu'au 12 septembre 2014 limitativement.

Dans l'intervalle, soit par courrier du 22 juillet 2014, elle a résilié le contrat de travail la liant à C. _____ SA avec effet au 30 septembre 2014.

C. Le 15 septembre 2014, l'assurée s'est annoncée en tant que demandeuse d'emploi à plein temps à compter du 1^{er} octobre 2014 auprès de l'Office régional de placement (ci-après : l'ORP) [...]. Elle a par ailleurs revendiqué des indemnités journalières à partir de cette dernière date par dépôt du formulaire ad hoc le 16 septembre 2014 auprès de la Caisse cantonale de chômage (ci-après : la Caisse ou l'intimée), soit à son agence [...]. Elle a précisé avoir été en incapacité totale de travail du 7 juillet 2014 au 12 septembre 2014, soulignant que sa résiliation des rapports de travail était consécutive à son activité professionnelle et à un « burn out », tandis qu'un dossier médical avait été constitué dans son cas. Etaient annexés des tirages des certificats du Dr D. _____ pour la période d'incapacité de travail précitée.

Le 2 octobre 2014, ce médecin a en outre certifié que sa patiente « [avait] dû donner son congé en raison de problèmes de santé en relation avec son travail ».

Par pli du 6 octobre 2014, la Caisse a invité l'assurée à faire compléter un questionnaire par son médecin traitant et à produire tous les certificats médicaux en sa possession. Elle a également sollicité des explications écrites et détaillées sur les motifs de la résiliation des rapports de travail.

Le 10 octobre 2014, l'assurée a relaté avoir été exposée, de même que ses collègues, à un stress permanent suite au changement de direction de son employeur, se trouvant l'objet d'injures et d'insultes du fait d'un nouveau directeur. Elle a indiqué avoir accepté la modification de son poste de travail pour éviter un licenciement. Compte tenu de ce contexte, elle se serait résolue à changer d'emploi et procéder à des recherches à cette fin, alors que son nouveau poste d'assistante des ventes se serait révélé extrêmement astreignant. Constatant des problèmes respiratoires consécutifs à une angoisse, elle aurait consulté son médecin traitant qui avait pris la décision de prononcer un arrêt de travail dès le 7 juillet 2014 et prescrit un traitement médicamenteux. Elle a enfin relevé avoir décidé de démissionner en vue de préserver sa santé.

La Caisse a rendu une décision le 17 octobre 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 C._____SA. Elle a retenu que le certificat médical du Dr D._____ du 2 octobre 2014 n'était pas suffisamment explicite quant à une incompatibilité du poste de travail qui justifierait la fin prématurée du contrat de travail corrélatif pour raisons de santé.

D. L'assurée s'est opposée à cette décision par écriture du 22 octobre 2014, concluant à son annulation. Elle a relevé que la Caisse avait à son sens écarté d'emblée ses explications du 10 octobre 2014 sans

mesurer la gravité de sa situation, s'engageant au surplus à faire parvenir le questionnaire complété par son médecin traitant.

Ce document, non daté, a été versé le 21 octobre 2014 au dossier de la Caisse. Le Dr D. _____ a indiqué avoir été consulté par l'assurée _____ dès _____ le 15 octobre 2013 et avoir constaté une « anxiété » et des « symptômes dépressifs (manque d'énergie, perte de confiance, trouble du sommeil) ». Il a estimé que les problèmes de santé de sa patiente étaient en lien avec l'activité exercée auprès de C. _____ SA, tandis que la poursuite des rapports de travail aurait été de nature à mettre sa santé en danger, en engendrant une « dépression d'intensité sévère ». Il a précisé avoir recommandé à sa patiente de quitter immédiatement son emploi, celle-ci se trouvant « dans l'incapacité de reprendre son travail ».

La Caisse a rendu sa décision sur opposition le 7 janvier 2015, rejetant l'opposition de l'assurée et confirmant la décision entreprise. Ce faisant, elle a considéré que le questionnaire complété par le Dr D. _____ n'était pas suffisant pour attester du lien entre les problèmes de santé de l'assurée et son activité professionnelle, soulignant que ce document ne pouvait remplacer un certificat qui aurait été établi au moment de la survenance des faits pertinents. Elle a constaté que l'assurée n'avait pas tenté d'obtenir une diminution de son taux d'activité ou un aménagement de ses horaires auprès de son employeur, ni fait état d'une atteinte à sa personnalité. Par ailleurs, les déclarations de l'assurée selon lesquelles elle aurait accepté un changement de poste pour rester en emploi n'étaient pas corroborées par les faits puisqu'elle avait tout de même mis un terme aux rapports de travail sans attendre la fin de la période légale de protection contre les congés.

E. L'assurée a déféré la décision sur opposition du 7 janvier 2015 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de recours du 19 janvier 2014 [recte : 2015], concluant derechef à son annulation. Elle a en substance fait grief à l'intimée de n'avoir pris en compte ni ses

explications, ni les certificats médicaux produits, s'interrogeant sur la teneur qu'auraient dû revêtir ces documents. Elle a déploré qu'en dépit du caractère insuffisant des pièces médicales selon l'avis de la Caisse, celle-ci n'eût cependant pas sollicité le dossier constitué par son médecin traitant. S'agissant de son changement d'activité auprès de C. _____ SA, elle a exposé qu'il n'aurait pas été possible de solliciter des adaptations de la part de cet employeur, indiquant en outre que son augmentation de salaire n'était pas liée à son nouveau poste au sein de l'entreprise. Elle a estimé au surplus qu'elle n'aurait pas été en mesure de patienter jusqu'à la fin de la période légale de protection, sa santé l'ayant contrainte à quitter « cet environnement nocif » rapidement, tout en soulignant que ses efforts avaient porté leurs fruits compte tenu de son engagement par un nouvel employeur dès janvier 2015.

La Caisse a produit sa réponse au recours le 27 mars 2015, réitérant que l'assurée se trouvait au chômage par sa propre faute, sans que la nécessité médicale de quitter son emploi n'eût été démontrée, et concluant au rejet du recours. L'intimée a rappelé que l'assurée, qui avait été au bénéfice de prestations de chômage par le passé suite à une demande antérieure à celle du 16 septembre 2014, devait connaître les exigences nécessaires à la détermination de ses droits. Elle a relevé que le certificat établi le 2 octobre 2014 par Dr D. _____, au demeurant postérieurement aux faits concernés, n'avait été produit qu'à sa requête expresse, de même que les réponses au questionnaire médical. Ces documents, établis à son sens « sur mesure » pour l'assurance-chômage, étaient insuffisamment motivés pour en déduire que l'origine des problèmes de santé de l'assurée résidait dans son activité lucrative auprès de C. _____ SA.

La recourante a répliqué le 29 avril 2015, faisant derechef valoir que les précisions médicales apportées par le Dr D. _____ attestaient clairement de son impossibilité à poursuivre son emploi auprès de C. _____ SA. Elle a au surplus exposé que nombre de ses collègues avaient également connu une situation difficile dans le cadre de leur activité au sein de cette société et pouvaient témoigner des circonstances

délétères y régnant. Elle a enfin mis en exergue son nouveau poste de travail d'assistante-comptable occupé depuis janvier 2015 pour un salaire inférieur à son revenu antérieur, ce qui tendait à démontrer son souci d'écourter son recours à l'assurance-chômage.

Par duplique du 26 mai 2015, la Caisse a maintenu sa position, estimant que les garanties offertes par le droit du travail auraient permis à l'assurée de se soigner et de recourir éventuellement aux services d'un médecin spécialiste tout en demeurant sous contrat de travail. Elle a considéré que l'assurée avait pris la décision de démissionner de son propre chef, sans avoir pu attester d'un véritable danger pour sa santé, vu que le seul certificat médical produit s'avérait postérieur de trois mois au courrier de résiliation.

En date du 8 juin 2015, la recourante s'est déterminée une ultime fois, estimant que l'intimée faisait preuve de mauvaise foi et de partialité, vraisemblablement du fait de ses origines étrangères. Elle s'est prévalué du cas d'une ancienne collègue, employée de C. _____ SA, laquelle n'aurait pas connu les mêmes difficultés à l'égard de l'assurance-chômage.

Sauf réquisition ultérieure des parties, la cause a été gardée à juger.

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 du canton où est sise l'autorité intimée (art. 57 LPGA ; art. 100 al. 3 LACI, art. 119 al.

1 let. a 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]).

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 la suspension du droit à l'indemnité de chômage d'une durée de 31 jours, la valeur litigieuse est manifestement 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, dans le respect des formes imposées par la loi (cf. art. 59 et 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a en conséquence 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 janvier 2015, à confirmer la suspension du droit de la recourante à l'indemnité de chômage pour une durée de 31 jours dès le 1^{er} octobre 2014.

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 concernée 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.

3. Préalablement, on rappellera qu'en procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement, d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Les conclusions du recours déterminent, dans le cadre de l'objet de la contestation, le rapport juridique qui reste litigieux (objet du litige). Selon cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige coïncident souvent. Ils sont identiques si la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 avec les références citées ; Ulrich Meyer/Isabel von Zwehl, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in : Mélanges en l'honneur de Pierre Moor, Berne 2005, p. 440).

In casu, le litige est circonscrit par la décision du 17 octobre 2014, confirmée sur opposition le 7 janvier 2015, qui a trait au bien-fondé de la suspension du droit à l'indemnité et à la qualification de l'activité exercée au sein de C. _____ SA.

Les arguments de la recourante quant à une éventuelle partialité de l'intimée ou au non-respect de l'égalité de traitement entre assurés, soulevés pour la première fois au stade de la présente procédure par écriture du 8 juin 2015, n'ont pas été examinés par l'intimée dans la décision sur opposition entreprise. Ces griefs excèdent manifestement l'objet de la contestation de sorte qu'ils doivent être déclarés irrecevables. Au demeurant, on ne voit de toute façon pas de raison sérieuse qui permettrait de douter du comportement de la Caisse à l'égard de

l'assurée, les observations formulées par celle-ci en lien avec la situation d'une de ses anciennes collègues face aux organes de l'assurance-chômage s'avérant sans pertinence dans l'examen du cas d'espèce.

4. Il convient ainsi de se prononcer sur le fond du litige, soit exclusivement sur le bien-fondé éventuel de la sanction confirmée par la décision sur opposition du 7 janvier 2015.

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.

b) 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.

c) 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).

d) Le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, 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 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3; TF 9C_694/2014 du 1^{er} avril 2015 consid. 3.2 et réf. cit.). Il n'existe par ailleurs 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 322 consid. 5a; TF 9C_694/2014 précité).

On ajoutera que de jurisprudence constante, il convient, en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, d'accorder la préférence à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a et références citées ; RAMA 2004 n° U 515 p. 420 consid. 1.2 ; VSI 2000 p. 201 consid. 2d).

e) En l'occurrence, il ressort de la chronologie des événements selon les pièces du dossier de l'intimée que le changement de poste de l'assurée a été discuté en mai 2014 et rendu effectif dès le 1^{er} juin 2014. Selon le courrier explicatif adressé à la Caisse par la recourante le 10 octobre 2014, cette dernière a rapidement décidé de quitter cet emploi compte tenu des caractéristiques de ses nouvelles fonctions, considérées comme trop exigeantes, et procédé à des recherches en vue de décrocher

un autre contrat de travail. Le stress engendré par sa nouvelle activité au sein de C._____SA l'a toutefois par la suite conduite à consulter son médecin, lequel a prononcé une incapacité de travail limitée du 7 juillet 2014 au 12 septembre 2014. L'assurée a ainsi accompli son dernier jour effectif de travail pour son employeur en date du 7 juillet 2014.

Dans ce contexte et en dépit des règles du droit du travail protégeant le travailleur d'une résiliation en temps inopportun par l'employeur (cf. art. 336c CO [Code des obligations ; RS 220]), la recourante a mis fin à son activité auprès de C._____SA avec effet au 30 septembre 2014 sans s'être assurée au préalable d'obtenir un autre emploi susceptible de lui garantir un gain équivalent, ni avoir bénéficié de la période de protection prévue par la loi.

On observera également que par courrier du 10 octobre 2014, elle n'a pas imputé l'initiative de sa démission à un conseil spécifique du Dr D._____, précisant avoir « décidé de donner son congé » par souci de préserver sa santé.

Etant donné que, dès la prise de ses nouvelles fonctions au 1^{er} juin 2014, l'assurée envisageait de changer d'emploi à brève échéance, on ne peut que retenir - au degré de la vraisemblance prépondérante - que la décision de communiquer sa démission relève principalement de sa seule volonté, bien plus que de considérations liées à ses problèmes de santé, survenus postérieurement à son choix professionnel.

Compte tenu de la jurisprudence mentionnée sous considérant 4d, il n'y a pas lieu de s'écarter de la première version des faits communiquée par la recourante, ses explications ultérieures, en particulier quant à la prépondérance d'éléments médicaux dans sa décision de mettre fin à son contrat de travail avec C._____SA, avancés notamment par devant le Tribunal de céans pouvant être le fruit de réflexions quant aux conséquences juridiques de ses allégations.

Il convient par conséquent de retenir que l'assurée s'est effectivement trouvée sans travail de son propre fait au sens de l'art. 30 al. 1 let. a LACI, à moins que l'on ne doive considérer que la poursuite des rapports de travail avec C. _____ SA n'était plus exigible.

5. 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 22 juillet 2014 avec effet au 30 septembre 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 notamment exclu de l'obligation d'être accepté, tout travail 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, 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 en effet 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, le questionnaire médical complété par le Dr D._____, réceptionné par l'intimée le 21 octobre 2014, mentionne le risque de la survenance d'une « dépression d'intensité sévère » en cas de poursuite des rapports de travail entre l'assurée et C._____SA.

On ne voit pas cependant pas d'éléments objectivant une telle appréciation, dans la mesure où les symptômes dépressifs relevés, en sus de l'anxiété, n'apparaissent pas d'une intensité particulièrement grave au point que la poursuite des rapports de travail aurait été définitivement impossible. L'absence de gravité des symptômes relevés est d'ailleurs corroborée par le fait que le Dr D. _____ n'a pas jugé pertinent de confier sa patiente aux soins d'un spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ni n'a indiqué avoir prescrit un traitement antidépresseur au long cours.

Par ailleurs, force est de constater que les certificats établis par _____ le Dr D. _____ sont de formulation vague, ne fournissent aucune indication sur les activités qui seraient contre-indiquées, ni davantage de détails sur la teneur et les résultats de son examen clinique. 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.

Etant donné la jurisprudence citée supra sous considérant 5b, il appartenait pourtant incontestablement à l'assurée de fournir de son propre chef des éléments médicaux renseignant l'autorité administrative sur les activités contre-indiquées et sur les résultats précis d'un examen clinique réalisé par le médecin.

Il n'a donc pas été démontré que le poste occupé auprès de C. _____ SA serait tombé sous le coup de l'art. 16 al. 2 let. c LACI.

Partant, il s'agit de déduire que l'on pouvait raisonnablement attendre de l'assurée, compte tenu de son obligation de diminuer le dommage, qu'elle fût valoir ses droits de salariée en cas de maladie sur la base des dispositions applicables en matière de droit du travail et retrouvât une nouvelle activité avant de démissionner.

Au demeurant, s'agissant spécifiquement de l'ambiance de travail au poste occupé au sein de C. _____ SA, où l'assurée aurait été

victime d'insultes et d'injures, ces allégations sont restées sans suites, ni offres de preuve à cet égard, de sorte qu'on ne saurait considérer comme établi un comportement inadéquat de la nouvelle direction de la société concernée.

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 ; 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, ni avoir bénéficié des dispositions légales du droit du travail lui assurant une protection contre les congés en cas de maladie. 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, dans la mesure où il est recevable.
- II. La décision sur opposition rendue le 7 janvier 2015 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 :