

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 11 mars 2021

---

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, juge unique  
Greffière : Mme Parel

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**K.** \_\_\_\_\_, à Lausanne, recourante,

et

**CAISSE CANTONALE DE CHÔMAGE, Division juridique**, à Lausanne,  
intimée.

---

**Art. 30 al. 1 let. a LACI ; 44 al. 2 let. b et 45 al. 3 OACI**

**E n f a i t :**

**A.** K. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante) a travaillé en qualité d'avocate chez Y. \_\_\_\_\_ Assurance de protection juridique SA dès le 15 février 2018 à un taux de 80 % (contrat de travail du 29 janvier 2018). Depuis janvier 2016, l'assurée travaillait également en qualité de greffière vacataire au Tribunal de Prud'hommes de Genève. Le 28 janvier 2019, l'assurée a mis fin à son activité de greffière vacataire.

Figure au dossier un certificat établi le 12 avril 2019 par le Dr S. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, allergologie et immunologie, lequel certifie que, pour des raisons médicales, l'ergonomie du poste de travail de l'assurée doit être évaluée par un ergothérapeute.

Par lettre du 25 juin 2019, l'assurée a résilié le contrat de travail la liant à Y. \_\_\_\_\_ Assurance de protection juridique SA (ci-après : l'employeur) avec effet au 30 septembre 2019 en indiquant que son état de santé ne lui permettait plus de remplir ses obligations contractuelles.

Le 16 août 2019, l'assurée a offert ses services au Tribunal de Prud'hommes de Genève en qualité de greffière vacataire et a reçu la confirmation qu'elle pouvait reprendre cette fonction. Les décomptes d'indemnité de chômage figurant au dossier prennent en compte le gain intermédiaire réalisé par l'assurée.

Le 20 septembre 2019, l'assurée s'est inscrite auprès de l'Office régional de placement de Lausanne (ci-après : ORP) comme demandeuse d'emploi à 100 % et a sollicité de la Caisse cantonale de chômage (ci-après : la Caisse) le versement de l'indemnité journalière de chômage à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2019.

Par courrier du 2 octobre 2019, en complément à sa demande d'indemnité de chômage, l'assurée a indiqué à la Caisse notamment ce qui suit (sic) :

« Comme vous pourrez le constater, les rapports de travail ont été résiliés par mes soins pour cause de maladie ; mon état de santé n'étant plus adapté à mon poste de travail au sein de protections juridiques.

En effet, rapidement après le début des rapports de travail, ma santé s'est dégradée jusqu'à donner lieu à plusieurs consultations médicales et incapacité en mai 2018, août 2018, septembre 2018 puis du mois de mars au mois de mai 2019.

Après consultation de divers médecins tant généralistes que spécialistes ainsi que de physiothérapeute et d'ergothérapeute, le corps médical est arrivé à la conclusion que mon état de santé était incompatible avec ce type de poste.

A toutes fins utiles, également en annexe, les originaux de l'attestation confirmant qu'il serait judicieux de changer de poste ainsi que du formulaire « certificat médical en cas de dissolution des rapports de travail pour des raisons médicales » rempli par mon médecin traitant. »

L'attestation médicale établie le 20 juin 2019 par le Dr S.\_\_\_\_\_, certifie qu'il serait judicieux, pour des raisons de santé, que l'assurée puisse changer de travail. Sur le formulaire de l'assurance-chômage intitulé « certificat médical en cas de dissolution des rapports de travail pour des raisons médicales » rempli par le Dr S.\_\_\_\_\_ le 2 août 2019, celui-ci a notamment indiqué suivre l'assurée à sa consultation depuis 2012, qu'elle lui avait fait part de problèmes de santé survenus en raison de son activité professionnelle, à savoir des cervicalgies, pour la première fois en 2015. Il a attesté que l'assurée n'avait pas été en mesure d'exercer son activité en raison de son caractère non convenable à 100 % du 13 mars 2019 au 5 avril 2019, à 50 % du 8 avril 2019 au 12 avril 2019 et à 100 % du 13 avril 2019 au 31 mai 2019. Répondant à la question de savoir si, sur la base de ses examens et évaluations médicales, il était arrivé à la conclusion que l'assurée ne pouvait pas rester à son poste de travail en raison de ses problèmes de santé, le Dr S.\_\_\_\_\_ a répondu : « oui si mesures ergothérapie inefficaces ». Il a précisé que l'assurée était encore en mesure d'exercer sa profession actuelle.

Par décision du 6 novembre 2019, la Caisse a suspendu l'assurée dans son droit à l'indemnité de chômage pour une durée de trente-et-un jours indemnissables à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2019. Elle a

considéré que le certificat médical établi le 2 août 2019 par le Dr S.\_\_\_\_\_ n'établissait pas clairement que la poursuite de l'activité professionnelle de l'assurée était incompatible avec son état de santé, ni ne mentionnait qu'il avait prescrit l'arrêt des rapports de travail. Ce faisant, il ne constituait pas un certificat médical juridiquement suffisant au sens de la jurisprudence dans ce domaine, de sorte que la résiliation des rapports de travail par l'assurée devait être considérée comme l'abandon d'un emploi réputé convenable, ce qui constituait une faute grave qui justifiait une suspension du droit à l'indemnité de chômage pour une durée de trente-et-un jours indemnisables.

Par courriers des 7 novembre et 20 décembre 2019, l'assurée a formé opposition à la décision de la Caisse du 6 novembre 2019 en requérant l'annulation de dite décision. Elle a fait valoir que la Caisse avait violé son droit d'être entendue dès lors qu'elle ne lui avait pas donné la possibilité de se déterminer sur la décision qu'elle entendait rendre à son encontre, à savoir la suspension de son droit à l'indemnité de chômage au motif que le certificat médical produit n'était pas suffisamment clair. Ce faisant, elle reprochait également à la Caisse de ne pas avoir suffisamment instruit le dossier en ne demandant pas des informations complémentaires à son médecin traitant. Sur le fond, l'assurée a allégué en substance que, très rapidement après le début de son activité chez Y.\_\_\_\_\_ Assurance de protection juridique SA, elle avait rencontré des problèmes de santé qui l'avaient amenée dès avril 2018 à consulter divers médecins et à suivre de nombreuses séances de physiothérapie et d'ergothérapie afin de soulager ses douleurs. Les douleurs ne s'estompant toutefois pas, le Dr S.\_\_\_\_\_ était arrivé à la conclusion que son poste de travail n'était plus compatible avec son état de santé notamment en raison du stress permanent auquel elle était confrontée et aux douleurs que cela engendrait. C'est dans ce contexte qu'elle avait résilié son contrat de travail pour raisons médicales sur la base de l'attestation du 20 juin 2019 du Dr S.\_\_\_\_\_, complétée par le formulaire de l'assurance-chômage du 2 août 2019 rempli par le même médecin. L'assurée faisait valoir que, dans le questionnaire médical complémentaire du 15 novembre 2019, son médecin avait confirmé qu'à la suite des examens, évaluations

médicales et diverses mesures entreprises il était arrivé à la conclusion qu'elle ne pouvait plus demeurer à son poste de travail (pièce 25 du bordereau de pièces produit en annexe). L'assurée en concluait qu'on ne pouvait attendre d'elle qu'elle conservât son emploi en raison de ses problèmes de santé et qu'elle avait par ailleurs tout mis en œuvre afin de le conserver (physiothérapie, ergothérapie, antalgiques etc.) et de réduire l'éventuel dommage qu'elle pourrait causer à l'assurance-chômage. L'assurée a également produit une attestation de son ergothérapeute, R.\_\_\_\_\_, établie le 20 novembre 2019, qui certifie que l'intéressée a été suivie à son cabinet dans le cadre du traitement de sa problématique cervicale et des épaules et qui a été principalement caractérisé par de l'éducation thérapeutique et l'adaptation de son poste de travail. L'ergothérapeute indique que l'hygiène de vie de l'assurée était bonne et que l'adaptation du mobilier n'a eu que peu d'influence sur ses douleurs. Selon lui la pression psychosociale et le stress sur son lieu de travail semblaient avoir une grande importance sur sa symptomatologie qui ne paraissait pouvoir être résolue que par un changement d'environnement de travail. Enfin, l'opposante a produit un questionnaire médical établi le 27 novembre 2019 par la Dre L.\_\_\_\_\_, médecin praticien et acupuncteur, dont il ressort qu'elle a reçu l'assurée à sa consultation à trois reprises, la première fois le 12 mars 2019, en raison de cervicalgies intenses, de tensions musculaires notables des trapèzes avec raideur cervicale associée et des céphalées. Selon ce médecin, les causes étaient d'origine mécanique, avec un problème postural (longues heures à l'ordinateur), et nerveuse « dans un contexte de tensions et de surcharges professionnelles décrites par la patiente ». Elle concluait qu'après récupération complète de ses douleurs, l'assurée semblait à même de pouvoir travailler dans son domaine d'avocat, mais à condition de trouver un poste moins générateur de stress.

Par décision sur opposition du 20 mars 2020, la Caisse cantonale de chômage, Division juridique, (ci-après : l'intimée) a rejeté l'opposition et a confirmé la décision de suspension. Elle a considéré que la Caisse n'avait pas violé le droit d'être entendue de l'assurée, d'une part parce que l'assurée avait elle-même indiqué dans son courrier du 2

octobre 2019 qu'elle avait résilié son contrat de travail pour des raisons médicales, d'autre part parce qu'elle n'avait pas à informer l'assurée que le formulaire « Certificat médical en cas de dissolution des rapports de travail pour des raisons médicales » rempli par son médecin traitant le 2 août 2019 était insuffisant pour justifier la résiliation des rapports de travail par l'assurée. Sur le fond, l'intimée a considéré qu'il ne ressortait pas de l'attestation médicale du 20 juin 2019 du Dr S. \_\_\_\_\_ que l'emploi de l'assurée constituait un danger pour sa santé au point que la rupture du contrat de travail soit nécessaire pour la préserver. S'agissant du formulaire « Certificat médical en cas de dissolution des rapports de travail pour des raisons médicales » rempli par le Dr S. \_\_\_\_\_ le 2 août 2019, l'intimée a relevé qu'il indiquait que l'assurée ne pouvait rester à son poste de travail qu'à la condition que les mesures d'ergothérapie soient insuffisantes, ce qui, selon elle, était en contradiction avec la conclusion de l'ergothérapeute qui a estimé que l'adaptation du mobilier n'avait que peu d'influence sur les douleurs de l'assurée. Enfin, l'intimée a jugé que si, dans un questionnaire médical du 25 novembre 2019, le Dr S. \_\_\_\_\_ avait certes répondu « non » à la question « sur la base des examens, évaluations médicales et suite aux divers mesures entreprises, êtes-vous parvenu à la conclusion que l'assurée pouvait demeurer à son poste de travail », elle a relevé que ce document avait été établi après que la Caisse avait rendu sa décision de suspension en la motivant par le fait qu'il n'était pas clairement établi que la poursuite de l'activité professionnelle était incompatible avec l'état de santé de l'assurée. En outre, elle a jugé que ce document était très laconique et insuffisamment motivé pour conclure que la continuation des rapports de travail était de nature à mettre en péril la santé de l'assurée et que la résiliation du contrat était la seule mesure possible pour la protéger. Cela étant, l'intimée a considéré que la résiliation des rapports de travail était constitutive d'une faute grave et que la sanction était justifiée, en relevant en outre que pour réduire le stress généré par son poste de travail, qui n'était pas nié, l'opposante aurait dû commencer par renoncer à son activité de greffière vacataire.

**B.** Par acte du 21 avril 2020, K.\_\_\_\_\_ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud contre la décision sur opposition du 20 mars précédent en concluant principalement à son annulation. Subsidiairement, elle conclut à ce que la durée de la suspension de son droit à l'indemnité de chômage soit réduite à trois jours indemnisables. Elle a produit un bordereau de pièces, requis sa propre audition ainsi que celle de témoins. En premier lieu, la recourante reprend l'argumentation développée en procédure d'opposition concernant la violation de son droit d'être entendue. Elle la complète en faisant valoir qu'en mettant en doute le questionnaire médical produit en procédure d'opposition au motif qu'il avait été établi après que la Caisse avait rendu sa décision, l'intimée n'a pas respecté son droit à faire administrer des preuves afin d'établir des faits allégués. Elle reproche également à l'intimée d'avoir mal instruit la cause en ne prenant pas en compte le certificat médical établi par la Dre L.\_\_\_\_\_, qui, selon elle, « fait état d'éléments cruciaux et vient appuyer le fait que l'avis du corps médical était unanime quant à son état de santé » en lien avec son travail, ni d'avoir tenu compte du fait qu'elle avait résilié son activité de greffière vacataire avant de résilier son emploi chez Y.\_\_\_\_\_ Assurance de protection juridique SA, activité qu'elle a ensuite reprise afin de réduire le dommage à l'assurance-chômage. Sur le fond, la recourante reprend la motivation de son acte d'opposition. Elle fait valoir en substance que les certificats médicaux qu'elle a produits suffisent pour admettre que seule la résiliation de son contrat de travail avec Y.\_\_\_\_\_ Assurance de protection juridique SA était à même de préserver son état de santé. Plus particulièrement, elle considère que tant le certificat médical de la Dre L.\_\_\_\_\_ que l'attestation de son ergothérapeute corroborent l'appréciation médicale de son médecin traitant telle qu'elle ressort de ses certificats médicaux. Dans un dernier argument, la recourante fait valoir que si, par impossible, une faute devait être retenue à son encontre, celle-ci devrait être considérée comme légère dès lors que l'atteinte à la santé durant son activité professionnelle chez Y.\_\_\_\_\_ Assurance de protection juridique SA en raison du stress a été reconnue par la Caisse elle-même et qu'elle a tout mis en œuvre pour réduire le dommage à l'assurance-chômage. Elle rappelle à cet égard, qu'elle a repris son activité de

greffière vacataire en août 2019. Cela étant, la durée de la suspension ne saurait excéder trois jours.

Par réponse du 17 juin 2020, l'intimée a conclu au rejet du recours en se référant aux motifs indiqués dans sa décision sur opposition.

Par réplique du 13 juillet 2020, la recourante a maintenu ses conclusions et ses motifs. Pour le surplus, elle fait valoir que depuis qu'elle a quitté son poste de travail chez Y. \_\_\_\_\_ Assurance de protection juridique SA, elle n'a plus de problèmes de santé et insiste sur la différence qu'il y a entre l'activité de juriste dans une assurance de protection juridique et celui d'avocate inscrite au barreau, à qui il est loisible, en cas de surcharge de travail, de refuser des mandats.

L'intimée n'a pas déposé de duplique.

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

**1. a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-chômage (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 et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 LPGA ; 100 al. 3 LACI, 128 al. 1 et 119 al. 1 OACI [ordonnance du 31 août 1983 sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité ; RS 837.02]), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les

autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**c)** Vu la valeur litigieuse inférieure à 30'000 fr., la cause est de la compétence du juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

**2.** Le litige a pour objet le point de savoir si l'intimée était fondée, dans sa décision sur opposition du 20 mars 2020, à confirmer la suspension la recourante dans son droit à l'indemnité de chômage pendant trente-et-un jours indemnisables au motif que cette dernière a abandonné un emploi réputé convenable. Plus spécifiquement, il s'agit de déterminer si l'intimée était légitimée à considérer que la recourante a échoué à apporter la preuve que son état de santé était incompatible avec son poste de travail à tel point que la continuation des rapports de travail n'était pas exigible au sens de la loi sur l'assurance-chômage.

**3. a)** La recourante reproche à l'intimée d'avoir violé son droit d'être entendue en ne lui permettant pas de se déterminer avant que la suspension de son droit à l'indemnité de chômage soit prononcée et en ne prenant pas en compte les offres de preuve versées au dossier.

**b)** La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101]), en particulier, le droit de chacun de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 142 II 218 consid. 2.3 ; 141 V 557 consid. 3.1 et références citées). Le droit d'être entendu comprend également le droit pour l'intéressé de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre (ATF 143 V 71 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 135 II 286 consid. 5.1). Il n'y a toutefois pas violation du droit à l'administration de preuves lorsque la mesure probatoire refusée est inapte à établir le fait à prouver,

lorsque ce fait est sans pertinence ou lorsque, sur la base d'une appréciation des preuves dont elle dispose déjà, l'autorité parvient à la conclusion que les faits pertinents sont établis et que le résultat de la mesure probatoire sollicitée ne pourrait pas modifier sa conviction (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1).

Le droit d'être entendu est une garantie de nature formelle, dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 142 III 360 consid. 4.1.4 ; 137 I 195 consid. 2.2). Selon la jurisprudence, sa violation peut cependant être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 ; 135 I 279 consid. 2.6.1). Toutefois, une telle réparation doit rester l'exception et n'est admissible, en principe, que dans l'hypothèse d'une atteinte qui n'est pas particulièrement grave aux droits procéduraux de la partie lésée ; cela étant, une réparation de la violation du droit d'être entendu peut également se justifier, même en présence d'un vice grave, lorsque le renvoi constituerait une vaine formalité et aboutirait à un allongement inutile de la procédure, ce qui serait incompatible avec l'intérêt de la partie concernée à ce que sa cause soit tranchée dans un délai raisonnable (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 et références citées).

**c)** En l'espèce, il convient de constater que le droit d'être entendue de la recourante n'a pas été violé, ni par la Caisse, ni par l'intimée. Certes, la Caisse n'a pas invité l'assurée à fournir des explications sur les motifs l'ayant amenée à résilier son contrat de travail avant de rendre sa décision de suspension. Elle n'avait pas à le faire dans la mesure où, par courrier du 2 octobre 2019, l'assurée avait déjà fourni les explications nécessaires et produit des certificats médicaux. On ne saurait non plus considérer que la Caisse aurait violé son devoir d'instruction en ne demandant pas des précisions au médecin traitant de l'assurée avant de rendre sa décision de suspension : en se fondant sur les certificats médicaux produits par l'assurée, elle était en droit de

considérer que la cause était suffisamment instruite et conclure qu'ils n'étaient pas suffisants pour considérer que la rupture des rapports de travail par l'assurée était la seule mesure propre à préserver son état de santé. En procédant à cette appréciation, la Caisse n'a pas violé son devoir d'instruction ni le droit d'être entendue de la recourante dès lors qu'elle a pris en compte le contenu des pièces litigieuses. Le fait qu'elle ait jugé ces certificats insuffisants pour corroborer le point de vue de la recourante ne constitue en tout état pas une violation des droits procéduraux de l'intéressée. Il en va de même en ce qui concerne les reproches adressés à l'intimée. Le fait qu'elle n'a pas mentionné le questionnaire médical de la Dre L. \_\_\_\_\_ produit en procédure d'opposition dans sa décision ne constitue pas une violation du droit de l'assurée à produire des moyens de preuve, puisque cette pièce a été versée au dossier. Enfin, on ne voit pas en quoi le fait que l'intimée ait omis de prendre en compte le fait que l'assurée avait démissionné de son poste de greffière vacataire avant de mettre fin aux rapports de travail la liant à Y. \_\_\_\_\_ Assurance de protection juridique SA violerait le droit d'être entendue de l'assurée.

Au demeurant, dès lors que la recourante dispose et a fait usage de la possibilité de soulever les manquements à la procédure dont elle fait reproche aux autorités de chômage devant la présente Cour, laquelle dispose d'un plein pouvoir d'examen (art. 61 let. c et d LPGA, disposition selon laquelle le juge des assurances sociales établit les faits et le droit d'office, et statue sans être lié par les griefs et conclusions des parties), le grief de violation du droit d'être entendue tombe à faux.

**4.** Dans le domaine des assurances sociales, 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 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées). Par ailleurs, la procédure est régie par le principe inquisitoire,

selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Ce principe n'est toutefois pas absolu et sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (ATF 125 V 193 consid. 2 et les références citées). Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties 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 139 V 176 consid. 5.2 et les références citées).

**5. a)** Le droit à l'indemnité de chômage a pour corollaire un certain nombre de devoirs qui découlent de l'obligation générale des assurés de réduire le dommage (ATF 123 V 88 consid. 4c et les références). Lorsqu'un assuré ne les respecte pas, il adopte un comportement qui, de manière générale, est de nature à prolonger la durée de son chômage. 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 ; TF 8C\_316/2007 du 16 avril 2008 consid. 2.1.2). Le droit à l'indemnité de chômage a en effet pour corollaire un certain nombre de devoirs qui découlent de l'obligation générale des assurés de réduire le dommage, et d'éviter le chômage (ATF 123 V 88 consid. 4c et les références citées). Les personnes qui revendiquent des prestations de l'assurance-chômage ou qui envisagent de le faire doivent se comporter comme si cette assurance n'existait pas. C'est par rapport à cette fiction que doivent être évalués les efforts des assurés en vue de diminuer le dommage (Boris Rubin, Commentaire de la loi sur l'assurance-chômage, Genève/Zurich/Bâle 2014, n° 4 ad art. 17 LACI).

**b)** Le droit de l'assuré à l'indemnité est suspendu lorsqu'il est établi que celui-ci est sans travail par sa propre faute (art. 30 al. 1 let. a LACI). Est notamment réputé sans travail par sa propre faute, l'assuré qui

a résilié lui-même le contrat de travail, sans avoir été préalablement assuré d'obtenir un autre emploi, sauf s'il ne pouvait être exigé de lui qu'il conservât son ancien emploi (art. 44 al. 1 let. b OACI). Tel est notamment le cas s'il peut se fonder sur un motif de santé, attesté au besoin de façon circonstanciée sur la base d'un certificat médical ou d'un autre moyen de preuve approprié; si néanmoins l'existence d'une faute de l'assuré doit être admise mais que celui-ci peut faire valoir des circonstances atténuantes (par exemple une situation comparable à du mobbing ou des provocations continues de la part de l'employeur), la durée de la suspension sera réduite en fonction de la gravité de la faute concomitante commise par l'employeur (Boris Rubin, Assurance-chômage, Droit fédéral, Survol des mesures cantonales, Procédure, 2e éd., Zurich/Bâle/Genève 2006, p. 442). En dehors de ces circonstances particulières, le motif de suspension de l'art. 30 al. 1 let. a LACI en liaison avec l'art. 44 al. 1 let. b OACI est constitutif d'une faute grave (art. 45 al. 3 OACI).

Il y a en principe 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. 3 OACI) ; demeurent toutefois réservées des circonstances particulières faisant apparaître, dans le cas concret, la faute comme plus légère (ATF 130 V 125). Il existe des circonstances atténuantes légitimant une réduction de la sanction (voir par exemple l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances du 20 avril 2001, C 155/00, où ce tribunal a retenu l'existence d'une faute légère dans le cas d'une assurée qui avait résilié son contrat de travail à la suite de remarques de nature sexuelle, établies et répétées, de la part de son supérieur hiérarchique) (Rubin, Assurance-chômage et service public de l'emploi, 2019, n. 504 p. 105).

Il faut qu'aucune circonstance ne se soit opposée à la poursuite des rapports de travail (critère de l'exigibilité). D'après la jurisprudence, les circonstances pouvant justifier l'abandon d'un emploi doivent être admises de façon restrictive (cf. arrêt du TF 8C\_510/2017 du 22 février 2018 consid.3.1 et les références citées). Lorsque l'assuré donne son congé pour un motif de santé, il lui appartient d'établir

clairement, en particulier au moyen d'un certificat médical clair («eindeutig»), que la continuation des rapports de travail était de nature à mettre sa santé en danger (cf. ATF 124 V 234 consid. 4b/bb; arrêts du TF 8C\_513/2018 du 7 novembre 2018 consid. 2.2, 8C\_107/2018 du 7 août 2018 consid. 5, 8C\_66/2017 du 9 juin 2017 consid. 4.3; arrêts du TAF B-1542/2019 du 28 octobre 2019 consid. 5.1.2). La compatibilité d'un emploi avec l'état de santé s'apprécie non pas par rapport à ce que pourrait ressentir un assuré mais sur la base de certificats médicaux (TFA C 151/03 du 3 octobre 2003 consid. 2.3.2 et la référence citée). Le certificat médical doit apporter un minimum de précisions sur les activités qui seraient contre-indiquées et ne doit pas avoir été établi trop longtemps après la survenance de l'empêchement ou, ayant été établi à temps, il ne faut pas qu'il soit fourni tardivement par l'assuré ; un certificat médical dont le contenu se résume à une simple description de l'état de santé du patient (ne reposant sur aucune investigation clinique et technique) ou qui a été dressé plusieurs mois après une consultation n'a pas de force probante (cf. arrêts du TAF B-558/2015 du 10 octobre 2017 consid. 5.4.1).

**c)** En l'espèce, la recourante fait valoir que les certificats médicaux produits par ses soins démontrent bien qu'en raison de ses problèmes de santé, il ne pouvait être exigé d'elle de conserver son emploi, qui n'était plus convenable. Dans la mesure où l'assurée a justifié la résiliation de son contrat de travail en faisant valoir des motifs de santé et en produisant plusieurs certificats médicaux, il convient de les examiner afin de déterminer si l'on pouvait raisonnablement exiger qu'elle conservât son emploi.

**c/aa)** Le certificat du 2 août 2019 établi par le médecin traitant de la recourante, le Dr S.\_\_\_\_\_, mentionne que l'assurée a décrit des problèmes de santé survenus en raison de son activité professionnelle auprès de son employeur, soit des cervicalgies présentes déjà en 2015, que l'assurée ne peut plus rester à son poste de travail si les mesures d'ergothérapie sont inefficaces et qu'elle est à même d'exercer sa profession actuelle. Force est de constater que ce rapport est assez vague et succinct : il n'indique pas en quoi la continuation des rapports de

travail auprès de l'employeur de l'assurée à l'époque aurait constitué un danger pour sa santé au point que les rapports de travail doivent être résiliés. Il en va de même du rapport du 20 juin 2019 du même médecin, qui indique seulement qu'il serait judicieux, pour des raisons de santé, que la recourante puisse changer de travail. Certes, le rapport du Dr S. \_\_\_\_\_ du 15 novembre 2019 indique que l'assurée ne pouvait plus exercer son activité professionnelle auprès d'Y. \_\_\_\_\_ Assurance de protection juridique SA : il relate les symptômes de l'assurée, à savoir des cervico-brachialgies, et mentionne que l'assurée a parlé de stress et de surcharge de travail, mais il n'explique pas en quoi la continuation des rapports de travail aurait représenté un risque pour la santé de l'assurée. De plus, il est postérieur à la décision du 6 novembre 2019 et a été établi bien après la survenance des incapacités de travail, alors qu'à cette époque-là, le Dr S. \_\_\_\_\_ était moins catégorique dans son appréciation, puisqu'il jugeait seulement qu'il serait judicieux, pour des raisons médicales, que l'assurée puisse changer d'emploi (certificat du 20 juin 2019).

**c/bb)** Reste à examiner les autres certificats produits par la recourante.

En ce qui concerne l'attestation établie le 20 novembre 2019 par R. \_\_\_\_\_, ergothérapeute, il y a lieu de constater que celui-ci a relevé que l'assurée avait une bonne hygiène de vie et que l'adaptation de son mobilier n'avait que peu d'influence sur ses douleurs, que la pression psychosociale et le stress sur son lieu de travail semblaient avoir une grande importance sur sa symptomatologie, laquelle paraissait pouvoir être résolue uniquement par un changement d'environnement de travail.

En outre, il ressort du rapport de la Dre L. \_\_\_\_\_ du 27 novembre 2019, médecin praticien qui pratique l'acupuncture, que l'assurée l'a consultée les 12 et 19 mars 2019 ainsi que le 2 avril 2019 pour des cervicalgies intenses, des tensions musculaires notables des trapèzes avec raideur cervicale associée et des céphalées, dont la cause était des tensions musculaires d'origine mécanique, avec problème postural (longues heures à l'ordinateur), et nerveuses dans un contexte de

tensions et de surcharge professionnelle décrites par la patiente. La Dre L.\_\_\_\_\_ concluait que l'assurée semblait pouvoir travailler dans son domaine d'avocat, mais à la condition de trouver un poste moins générateur de stress.

Force est de constater que les deux rapports précités consistent uniquement en une description très succincte de l'état de santé de l'assurée sans faire apparaître qu'il repose sur une investigation clinique et technique ; de plus, les praticiens se contentent de répondre de manière très brève aux différentes questions contenues dans les formulaires sans apporter d'éléments permettant d'étayer leurs affirmations. Par ailleurs, les rapports de l'ergothérapeute, qui n'est pas médecin, et de la Dre L.\_\_\_\_\_ sont largement postérieurs aux empêchements constatés en mars et avril 2019. Il apparaît ainsi aux yeux de la Cour que ces différents praticiens tendent avant tout à préconiser ou suggérer, de manière prudente, un changement de poste de travail.

**c/cc)** Au final, ce n'est que dans les rapports du Dr S.\_\_\_\_\_ du 15 novembre 2019 et de la Dre L.\_\_\_\_\_ du 27 novembre 2019 que ceux-ci sont plus catégoriques quant à la nécessité d'un changement de poste de travail. Indépendamment de la date à laquelle lesdits certificats ont été établis, ces rapports sont très laconiques et insuffisamment motivés pour conclure que la continuation des rapports de travail était de nature à mettre en péril la santé de l'assurée et surtout que la résiliation du contrat constituerait la seule mesure possible afin de la protéger. Toujours indépendamment de la date à laquelle lesdits certificats ont été établis, ces derniers ne remplissent pas non plus les exigences jurisprudentielles rappelées au considérant 5b ci-dessus (cf. ATF 124 V 234 consid. 4b/bb; arrêts du TF 8C\_513/2018 du 7 novembre 2018 consid. 2.2, 8C\_107/2018 du 7 août 2018 consid. 5, 8C\_66/2017 du 9 juin 2017 consid. 4.3). A cela s'ajoute le fait que la recourante se contente d'affirmer que le stress et la pression constante ont provoqué les cervico-brachialgies qu'elle présentait, alors qu'aucun médecin consulté ne l'atteste ni ne fait explicitement un tel lien. Ils se limitent à cet égard à

mentionner le contexte générateur de stress selon les déclarations de l'assurée.

Au vu ce qui précède, les différents certificats remis par l'assurée s'avèrent lacunaires et ne remplissent pas les exigences jurisprudentielles pour leur reconnaître une valeur probante. Il y a donc lieu de considérer que la recourante a abandonné un emploi convenable sans s'assurer d'en avoir trouvé un autre, ce qui est constitutif d'une faute. La suspension du droit à l'indemnité journalière est par conséquent justifiée sur le principe. Reste à examiner la quotité de la sanction.

**6. a)** En vertu de l'art. 30 al. 3 LACI, la durée de la suspension est proportionnelle à la gravité de la faute et ne peut excéder soixante jours. L'autorité dispose à cet égard d'un large pouvoir d'appréciation (ATF 133 V 593 consid. 6 et 123 V 150 consid. 3b). Aux termes de l'art. 45 al. 3 OACI, la durée de la suspension dans l'exercice du droit à l'indemnité est de un à quinze jours en cas de faute légère (let. a), de seize à trente jours en cas de faute de gravité moyenne (let. b) et de trente-et-un à soixante jours en cas de faute grave (let. c).

Aux termes de l'art. 45 al. 4 OACI, il y a faute grave lorsque, sans motif valable, l'assuré abandonne un emploi réputé convenable sans être assuré d'obtenir un nouvel emploi (let. a) ou qu'il refuse un emploi réputé convenable (let. b). Un motif valable peut être lié à la situation subjective de la personne concernée ou à des circonstances objectives (ATF 130 V 125 consid. 3.3.3 ; TF 8C\_268/2017 du 17 août 2017 consid. 4.1).

En tant qu'autorité de surveillance, le Secrétariat d'Etat à l'économie (SECO) a adopté, en qualité d'autorité de surveillance, un barème (indicatif) à l'intention des organes d'exécution (Bulletin LACI IC, D75). Selon ce barème, il y a faute grave lorsqu'un assuré résilie son contrat de travail sans s'être assuré d'un nouvel emploi (Bulletin LACI IC, D75 1.D). Un tel barème constitue un instrument précieux pour ces organes d'exécution lors de la fixation de la sanction et contribue à une

application plus uniforme de la loi. Cela ne dispense cependant pas les autorités décisionnelles d'apprécier le comportement de l'assuré compte tenu de toutes les circonstances – tant objectives que subjectives – du cas concret, notamment des circonstances personnelles, en particulier celles qui ont trait au comportement de l'intéressé au regard de ses devoirs généraux d'assuré qui fait valoir son droit à des prestations (TF 8C\_747/2018 du 20 mars 2019 consid. 4.1 et la référence citée).

Pour la détermination de la faute individuelle et de la quotité de la suspension dans le domaine de la faute grave il faut partir, selon le tribunal fédéral, du milieu de la fourchette de trente-et-un à soixante jours (art. 45, al. 3, let. c OACI), soit quarante-cinq jours, et tenir compte des facteurs aggravants, atténuants et du principe de proportionnalité (ATF 123 V 153). Ce principe doit également s'appliquer en cas de faute légère et moyenne (art. 45, al. 3, let, a et b OACI [Bulletin LACI IC D77]).

**b)** En l'espèce, la Caisse et l'intimée ont, à raison, retenu une faute grave de la recourante qu'elles ont sanctionnée d'une suspension dans le droit à l'indemnité journalière de trente-et-un jours indemnisables, soit le minimum fixé tant par la loi que par le barème du SECO. Dès lors, la quotité de la suspension ne prête pas le flanc à la critique. Le fait que la recourante ait repris son activité de greffière vacataire en août 2019 ne saurait constituer un élément à prendre en considération dans l'appréciation de la quotité de la sanction.

**7. a)** En conclusion, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition du 20 mars 2020 de la Caisse cantonale de chômage, Division juridique, est confirmée. On ajoutera que l'audition des témoins et de la recourante ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions de la Cour. On peut donc écarter ces mesures d'instruction complémentaire par appréciation anticipée des preuves (cf. à ce sujet : ATF 124 V 90 consid. 4b et 122 V 157 consid. 1d).

**b)** Les recours pendants devant le tribunal de première instance à l'entrée en vigueur de la modification du 21 juin 2019 de la

LPGA restent régis par l'ancien droit (art 83 LPGA [nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 21 juin 2019, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2021 (RO 2020 5137; FF 2018 1597)). Cela étant, il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA).

**c)** La recourante, qui n'obtient pas gain de cause et qui au demeurant a agi sans l'assistance d'un mandataire professionnel, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 20 mars 2020 par la Caisse cantonale de chômage, Division juridique, 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 :

- K. \_\_\_\_\_, à Lausanne,
- Caisse cantonale de chômage, Division juridique, 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 :