

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3776/2018

ATAS/590/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 27 juin 2019

10^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à BERNEX

recourant

contre

CAISSE CANTONALE GENEVOISE DE CHÔMAGE, sise rue
de Montbrillant 40, GENÈVE

intimée

Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président ; Georges ZUFFEREY et Pierre-Bernard PETITAT, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'employé, l'assuré, l'intéressé ou le recourant), né le _____ 1989, célibataire, s'est inscrit à l'office régional de placement (ci-après : ORP), le 18 juin 2018, recherchant dès ce jour-là une activité à plein temps (100 %) en tant que Chief Operating Officer (COO) - en français directeur des opérations -, précisant qu'il s'agissait d'une fonction spécialisée avec plus de trois ans d'expérience. Un délai-cadre d'indemnisation lui a été ouvert, soit du 18 juin 2018 au 17 juin 2020.
2. a. Le 29 juin 2018, il a présenté une demande d'indemnité de chômage auprès de la caisse cantonale genevoise de chômage (ci-après : la CCGC, la caisse ou l'intimée). En dernier lieu il avait été employé à plein temps, pour une durée indéterminée, du 1^{er} octobre 2015 au 31 mai 2018 auprès de la société B_____ SA, sise 1343 Les Charbonnières; selon l'extrait du registre du commerce vaudois, cette société inscrite le 26 juillet 2011, est active dans le développement, la fabrication et la commercialisation de véhicules légers de composants et accessoires, ainsi que l'octroi de licences et la gestion des droits dérivés de droits de propriété intellectuelle en découlant. Le contrat de travail avait été résilié par l'employé, ce dernier précisant sur le questionnaire en réponse à la question : motif de la résiliation ? « Santé ». La lettre de congé du 28 mars 2018 à la teneur suivante : «A_____, par la présente je résilie mon contrat de travail daté du 30 octobre 2015 avec effet au 31 mai 2018. Vous remerciant par avance d'en prendre bonne note, je vous prie d'agréer, etc. »

b. Selon les annexes à la demande de prestations, de son côté, l'employeur a mentionné sur le questionnaire lui étant destiné que l'assuré a travaillé pour l'entreprise du 1^{er} octobre 2015 au 31 mai 2018 en qualité de Business Development Manager ; le dernier jour de travail effectué était le 31 mai 2018. Il a en outre répondu négativement à la question de savoir si la personne assurée avait été empêchée de travailler en raison de maladie, accident ou autres pendant le délai de congé.

c. L'assuré a notamment encore joint à sa demande une attestation médicale du docteur C_____, spécialiste FMH en médecine interne à Onex, datée du 18 juin 2018 (vraisemblablement : 28 juin 2018), aux termes de laquelle ce médecin atteste que l'assuré l'a consulté le 28 juin 2018, mentionnant avoir dû en février 2018 démissionner de son poste de travail pour raison médicale, disant avoir présenté un pré burn out. Le médecin précise que ceci est attesté par une consultation au Centre hospitalier Paul Chapron de la Ferté-Bernard [France 72400] (ci-après : l'hôpital), daté du 29 février 2018, dont le Dr C_____ précise qu'il n'a pas connaissance du contenu, et également par un rapport du Docteur D_____, médecin généraliste à Saint-Maurice de Lignon (France 43200), daté du 19 juin 2018, et qui confirme que dans cette période son état justifiait un repos selon l'avis médical donné. Les documents faisant état de la consultation du 27 février 2018, soit un formulaire d'avis des sommes à payer » mentionne, sous la rubrique « parcours de soins :

"urgence", sans autre précision que la désignation des stations tarifaires totalisant € 64.58; l'attestation du Dr D_____ indique que l'assuré a été admis aux urgences le 27 février 2018 ou des examens ont été pratiqués, et que son état justifiait ensuite un repos selon l'avis médical donné.

3. Le 13 juillet 2018, le Dr C_____ a rempli un "certificat médical en cas de dissolution des rapports de travail pour des raisons médicales" (formule de l'assurance-chômage) : à la question : « depuis combien de temps suivez-vous le/la patient/e ? il a mentionné : 28 juin 2018; à la question relative à l'activité professionnelle auprès de son employeur, ou si le patient avait indiqué avoir été empêché d'exercer son activité en raison de son état de santé, le médecin a précisé qu'en février 2018, le patient avait consulté l'hôpital pour des symptômes mis sur le compte d'un burnout qui l'amène à démissionner. Les rapports médicaux sont en main du patient, le médecin dit ne pas avoir été consulté en février. Il n'a pas non plus évalué le patient lors des troubles somatiques de février 2018, mais un confrère français l'a fait. Se référer aux documents médicaux du patient. Le 28 juin 2018 : bonne santé actuelle. Il précise encore : actuellement pas de limitations particulières. Il est apte à toutes les tâches de sa profession. Dans la rubrique autre remarque il précise : les documents médicaux que m'a remis le patient sont compatibles avec un burnout survenu en février 2018, avec la conséquence sur sa décision de démission.
4. Le gestionnaire du dossier auprès de la caisse a établi, en date du 31 juillet 2018, un rapport d'entretien sur motif de la rupture du contrat de travail : selon un entretien téléphonique du 31 juillet 2018 avec l'assuré, ce dernier déclare qu'il a démissionné afin de préserver sa santé. Lors d'un entretien téléphonique du même jour, M. E_____ (CEO) pour l'employeur, a confirmé que l'assuré travaillait bien et qu'il l'aurait gardé s'il n'avait pas démissionné. Ce rapport énonce la position de la caisse, qui constate que l'assuré a travaillé pour B_____ SA en tant que business développement manager du 1^{er} octobre 2015 au 31 mai 2018. Il a démissionné le 28 mars 2018 pour le 31 mai 2018; le délai de congé de deux mois a été respecté. Il déclare avoir démissionné afin de préserver sa santé. Il n'a pas été suivi par un médecin avant de démissionner. L'assuré devrait subir une pénalité pour faute grave, car il est responsable de sa situation de chômage. En effet, il a quitté un travail réputé convenable sans s'assurer d'un autre emploi. Cependant, en tenant compte de la version de l'assuré, celle de l'employeur et du fait qu'il ait attendu jusqu'au 18 juin 2018 avant de venir s'inscrire au chômage, le rapporteur estime qu'il devrait subir une sanction de 20 jours, soit une pénalité pour faute moyenne. Ce rapport indique en conclusion que l'assuré a été informé par téléphone le 31 juillet 2018.
5. Par décision du 3 août 2018, la caisse a rendu une décision de suspension du droit à l'indemnité de 29 jours, au motif que l'assuré a démissionné de son poste de travail sans s'assurer d'un autre emploi ; les motifs invoqués ne constituent pas des raisons valables pour rompre un contrat de travail sans avoir trouvé une activité de

remplacement ; s'il était assuré d'un autre emploi avant de donner son congé, il n'émargerait pas à l'assurance-chômage. Une personne qui quitte son emploi sans un motif valable au sens de la loi sur le chômage, est passible d'une suspension pour faute grave, dans la quotité se situant entre 31 et 60 jours de pénalité. Eu égard aux explications données, et afin de tenir compte de l'ensemble des circonstances du cas d'espèce, la quotité de la suspension est fixée à 29 jours, soit une pénalité pour faute moyenne. La caisse a ainsi réduit la sanction située dans le palier de la faute grave à 29 jours en application de la jurisprudence. En conclusion il est responsable de sa situation de chômage et une suspension du droit à l'indemnité de 29 jours doit lui être infligée au sens de la législation en vigueur.

6. Par courrier du 29 août 2018, l'assuré a formé opposition à la décision susmentionnée. Il explique avoir fini son Master il y a trois ans. Juste après l'obtention de son diplôme, il avait intégré B_____, une petite start-up suisse. L'année 2017 y avait été un cauchemar : la société n'avait plus d'argent. Il était régulièrement payé avec plusieurs semaines de retard ; un changement de direction avait mis le chaos, le projet n'avançant plus... il était à plus de 50 % en déplacement, prenant l'avion quatre fois par semaine. La fin de l'année 2017 était extrêmement compliquée sur le plan personnel : maladie grave de sa mère, - guérie depuis - ; il avait ensuite dû s'occuper de son oncle vivant seul et qui avait été hospitalisé en début d'année 2018. Cela n'allait déjà pas bien dans son job avec en plus les ennuis de santé de ses proches : il avait craqué. Il n'avait pas quitté son emploi par caprice, mais parce qu'il était extrêmement faible physiquement et psychologiquement. Plusieurs mois après, chaque fois qu'une situation était trop stressante, les oreilles se bouchaient et il avait des vertiges. Il allait devoir faire des examens plus approfondis. Il s'était battu pour faire des bonnes études et avoir un bon job. Mais il a un corps, et il l'avait écouté. Il avait souscrit un prêt pour rembourser ses études et il avait dû emprunter de l'argent à ses parents pour survivre ces derniers mois. Les 29 jours de pénalité le mettaient dans une situation extrêmement difficile.
7. La caisse a rejeté l'opposition par décision sur opposition du 28 septembre 2018. Il ressortait de la lettre d'opposition de l'assuré que ce dernier avait quitté son emploi de son plein gré en date du 28 mars 2018, sans motif suffisamment valable et qu'il était par conséquent responsable de sa situation de chômage, en démissionnant d'un emploi convenable sans s'en assurer d'un autre, au préalable. Bien qu'il fasse mention dans son opposition d'un problème de santé l'ayant poussé à démissionner, il n'apporte aucune attestation médicale confirmant son état de santé et la nécessité absolue de quitter son emploi. Cet argument doit par conséquent être écarté, d'autant que la caisse a déjà tenu compte de toutes les circonstances atténuantes pour fixer la quotité de la suspension en faute moyenne, quotité qui aurait pu se situer dans l'échelle de la faute grave.
8. Par courrier du 26 octobre 2018, l'assuré a saisi la chambre des assurances sociales d'un recours contre la décision sur opposition susmentionnée. Il conclut

implicitement à l'annulation sinon la réforme de cette décision. Il rappelle avoir fait un malaise, près du Mans en France, le 27 février 2018 lors d'un déplacement professionnel, ceci en pleine réunion ; l'un de ses collaborateurs l'avait conduit aux urgences de l'hôpital le plus proche. Il avait enfin réussi à récupérer son rapport médical du 27 février, produit en annexe à son recours. Il avait décidé de quitter B_____ car depuis plus de deux ans, il avait travaillé 7 jours sur 7 pour faire décoller cette petite start-up, jusqu'au jour où il avait terminé aux urgences. Il travaille depuis l'âge de 14 ans, toutes ses journées commencent à 5h30. Il passe dix heures par jour à rechercher un nouveau travail. Étant jeune diplômé, cette décision l'a mis dans une situation financière extrêmement difficile. Il ne connaît pas les congés maladie ou autres protection sociale. Il s'agissait de son premier emploi ; il a simplement travaillé jusqu'à s'en rendre malade, et aujourd'hui il en était pénalisé.

Le certificat médical de l'hôpital, établi par le Docteur F_____, praticien hospitalier aux urgences, daté du 14 juin 2018, confirme que l'intéressé s'est présenté aux urgences le 27 février 2018 ; l'examen pratiqué à son arrivée a permis de mettre en évidence un vertige rotatoire avec asthénie, sensation d'oreille bouchée : il a été vu par le service O.R.L. le jour-même. La durée des soins pouvait être estimée à deux jours, sous réserve de complications ultérieures. Ce certificat avait été établi selon les éléments du dossier.

9. L'intimée s'est déterminée par courrier du 16 novembre 2018. Elle conclut à la confirmation de la décision entreprise et au rejet du recours. Le recourant n'apportait aucun élément nouveau permettant à la caisse de revoir sa position. La question litigieuse est celle de la sanction infligée à l'assuré, suite à sa démission de son poste de travail le 28 mars pour le 31 mai 2018, ce dernier invoquant des raisons de santé. L'intimée commente les divers documents médicaux produits par l'assuré, et en premier lieu ceux déposés le jour du dépôt de sa demande de prestations auprès de la caisse, le 29 juin 2018, soit l'attestation du Dr C_____, faisant état de la consultation du patient le jour précédent (28 juin 2018), attestation en annexe de laquelle figure notamment un bref rapport du Dr D_____, daté du 19 juin 2018 ; le certificat médical du 14 juin 2018, du Dr F_____, produit seulement au stade du recours, et entre-temps le formulaire rempli à la demande de la caisse par le Dr C_____, le 13 juillet 2018. L'intimée relève que ce dernier médecin n'a d'une part pas suivi le recourant durant sa période d'activité salariée, et n'a donc pas pu constater de dégradations de son état de santé liées au travail. Il ne l'avait pas non plus suivi lors de son malaise de février 2018. Ce médecin se rapporte soit aux propres déclarations du recourant, soit à des certificats médicaux français qui ne se réfèrent pas expressément à un burnout lié à l'exercice de son activité professionnelle. Le recourant n'a dès lors pas pu quitter son emploi sur recommandation de son médecin. Selon l'Audit Letter TCIN Édition 2013/1 page 5 et suivantes, consacré à la problématique des suspensions du droit à l'indemnité et certificats médicaux, l'attestation doit montrer que le médecin est parvenu de lui-même après enquêtes au résultat formel que la poursuite des rapports de travail

n'était plus possible pour des raisons de santé. L'attestation devrait mentionner concrètement les problèmes de santé rencontrés lorsque la personne assurée était en poste. Ces conditions ne sont pas réunies en l'espèce. De lui-même, le recourant a expliqué que cela n'allait déjà pas bien dans son job avec en plus les ennuis de santé de ses proches ; il avait craqué. En conséquence, dès lors que le recourant, avant de démissionner le 28 mars 2018, n'avait pas en main un contrat de travail signé indiquant la date d'entrée en service, il devait être sanctionné. L'intimée, usant de son pouvoir d'appréciation, avait tenu compte du fait que l'état de santé morale psychique ou physique du recourant n'était pas optimale, du fait qu'il avait attendu le 18 juin 2018 pour venir s'inscrire auprès des autorités de chômage, dernier élément qui consiste en un facteur réducteur de sanction, dans la mesure où les recherches d'emploi ont été effectuées (bulletin LACI IC D62 et D75, 1F). La quotité de la sanction respecte le principe de la proportionnalité.

10. La chambre de céans a communiqué la détermination de l'intimée au recourant, en l'invitant à lui faire parvenir sa réplique.
11. L'intéressé n'ayant pas usé de la faculté qui lui était donnée, la chambre de céans a informé les parties de ce que la cause était gardée à juger. Le recourant ne s'est plus manifesté.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 8 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité, du 25 juin 1982 (loi sur l'assurance-chômage, LACI - RS 837.0).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).
3. Le litige porte sur le droit de la caisse de prononcer à l'encontre de l'assuré la suspension pour une durée de 29 jours de son droit à l'indemnité de l'assurance-chômage, au motif qu'il a démissionné de son poste de travail sans s'être préalablement assuré d'obtenir un autre emploi.
4. 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 96). 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.

Afin précisément de prévenir ce risque, l'art. 30 al. 1 let. a LACI sanctionne en particulier l'assuré qui est sans travail par sa propre faute, par la suspension de son

droit à l'indemnité de chômage (ATF 125 V 199 consid. 6a ; 124 V 227 consid. 2b ; 122 V 40 consid. 4c/aa). Tel est notamment le cas de l'employé qui a résilié lui-même le contrat de travail sans s'être 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 de l'ordonnance sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité, du 31 août 1983 (ordonnance sur l'assurance-chômage, OACI ; RS 837.02)), mais également de celui qui, par son comportement, en particulier par la violation de ses obligations contractuelles de travail, a donné à son employeur un motif de résiliation de contrat (art. 44 al. 1 let. a OACI).

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 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C.316/07 du 6 avril 2008 consid. 2.1.2).

Selon la jurisprudence, il y a faute propre de l'assuré au sens de l'assurance-chômage, si la survenance du chômage est due à son comportement qui, compte tenu des circonstances et rapports personnels, aurait pu être évité. L'assurance ne saurait prendre en charge le chômage dans ce cas-là (arrêt du Tribunal fédéral C_207/205 du 31 octobre 2005).

On attend de l'assuré qu'il ne cause pas lui-même le dommage mais qu'il le prévienne. Dès lors, le critère de la culpabilité retenue par la jurisprudence est celle du « comportement raisonnablement exigible » de l'assuré.

D'après la jurisprudence, l'impossibilité pour un assuré de conserver un emploi ne peut être admise en assurance-chômage que si des éléments solides établissent clairement que la continuation des rapports de travail était intolérable (DTA 1968 p. 47/ch. 15). En effet, les circonstances permettant d'admettre que l'on n'eût pu exiger de l'assuré qu'il conservât son ancien emploi doivent être appréciées de manière restrictive (DTA 1989 N° 7 p. 89).

La faute au sens du droit régissant l'assurance-chômage se distingue de la faute au sens du droit pénal par le fait que l'assuré ne doit pas forcément avoir un comportement répréhensible pour commettre une faute. Un assuré qui, pour des raisons honorables (par exemple abandon d'un emploi durable pour parfaire sa formation) provoque son chômage, agit en principe fautivement au sens de la LACI et s'expose de ce fait à une sanction (SECO, Circulaire IC 01.92/217).

La suspension du droit à l'indemnité pour chômage fautif en vertu de l'art. 44 al. 1 let. a OACI ne présuppose pas une résiliation du contrat de travail avec effet immédiat pour juste motif au sens de l'art. 337 du Code des obligations, loi fédérale, du 30 mars 1911, complétant le code civil suisse (CO ; RS 220). Il suffit que le comportement de l'assuré en général ait constitué un motif de congé, même sans qu'il y ait des reproches d'ordre professionnel à lui faire. Tel peut être le cas

aussi lorsque l'employé présente un caractère, dans un sens large, qui rend les rapports de travail intenables (ATF 112 V 244 consid. 1 et les arrêts cités).

De même, on ne saurait en règle générale exiger de l'employé qu'il conserve son emploi, lorsque les manquements d'un employeur à ses obligations contractuelles atteignent un degré de gravité justifiant une résiliation immédiate au sens de l'art. 337 CO (RUBIN, Assurance-chômage, Droit fédéral, Survol des mesures de crise cantonales, Procédure, Delémont 2005, p. 275; MUNOZ, La fin du contrat individuel de travail et le droit aux indemnités de l'assurance-chômage, Lausanne 1992, p. 182; arrêt du Tribunal fédéral C 185/2004 du 12 avril 2005).

Il peut arriver qu'un emploi qui constituait un travail convenable à un moment donné perde cette qualité à la suite d'un changement de circonstances. Dans une telle éventualité, on ne peut exiger d'un salarié qu'il garde son emploi, sans être préalablement assuré d'en avoir obtenu un autre. Dans une telle hypothèse, il ne sera donc pas réputé sans travail par sa propre faute. À cet égard, il convient de s'inspirer des règles de l'art. 16 al. 2 LACI qui définit les cas dans lesquels un travail n'est pas réputé convenable (SVR 1999 ALV n° 22 p. 54).

Une résiliation du contrat de travail par l'assuré ne peut être sanctionnée que si l'on pouvait attendre de lui qu'il conservât son emploi. Le caractère convenable de l'ancien emploi doit être apprécié sur la base de critères stricts. Les heures supplémentaires qui ne dépassent pas la durée du travail maximale légale, les différends quant au salaire, tant que les conventions collectives ou les dispositions contractuelles sont respectées, de même qu'un climat de travail tendu ne suffisent pas à faire qualifier un emploi de non convenable. Si l'assuré invoque des problèmes de santé, il doit les prouver par un certificat médical (Bulletin LACI janvier 2013/D25-D29-D26).

S'agissant de la casuistique, le Tribunal fédéral a confirmé une suspension de 31 jours prononcée à l'encontre d'un employé en considérant que le seul fait établi que son avenir au sein de la société était à terme sérieusement compromis ne le légitimait pas, sous l'angle du droit de l'assurance-chômage, à résilier lui-même son contrat de travail sans être préalablement assuré d'obtenir un autre emploi. On ne voyait pas non plus qu'il se serait à l'époque trouvé dans une situation telle qu'il risquait d'engager sa responsabilité de directeur général et n'aurait pu s'y soustraire qu'en quittant l'entreprise (arrêt du Tribunal fédéral C 197/2006 du 27 août 2007).

Le Tribunal cantonal des assurances a jugé que des critiques formulées par l'employeur la veille du départ en vacances de l'employée, et à une seule occasion, ne justifiaient pas la démission de cette dernière, de sorte que la suspension du droit à l'indemnité de 31 jours devait être confirmée (ATAS/1084/2005 du 12 décembre 2005). Il a également confirmé une suspension de 35 jours prononcée à l'encontre d'une employée ayant résilié successivement avec effet immédiat deux contrats de travail en considérant que l'activité de nettoyeuse n'était pas convenable (ATAS/206/2007 du 28 février 2007). Il a enfin confirmé une suspension de

31 jours prononcée à l'encontre de l'employé qui avait déménagé à Genève alors qu'il travaillait dans le Jura et résilié son contrat pour ce motif (ATAS/409/2010 du 20 avril 2010).

5. Selon l'art. 17 al. 3 première phrase LACI, le chômeur est tenu d'accepter le travail convenable qui lui est proposé. Par ailleurs, l'art. 16 al. 1 LACI prévoit qu'en règle générale, l'assuré doit accepter immédiatement tout travail en vue de diminuer le dommage. Son droit à l'indemnité de chômage est suspendu s'il n'observe pas les prescriptions de contrôle de chômage ou les instructions de l'office du travail, notamment en refusant un travail convenable qui lui est assigné (art. 30 al. 1 let. d LACI).

Aux termes de l'art. 16 al. 2 LACI,

« N'est pas réputé convenable et, par conséquent, est exclu de l'obligation d'être accepté, tout travail qui:

- a. n'est pas conforme aux usages professionnels et locaux et, en particulier, ne satisfait pas aux conditions des conventions collectives ou des contrats-type de travail;
- b. ne tient pas raisonnablement compte des aptitudes de l'assuré ou de l'activité qu'il a précédemment exercée;
- c. ne convient pas à l'âge, à la situation personnelle ou à l'état de santé de l'assuré;
- d. compromet dans une notable mesure le retour de l'assuré dans sa profession, pour autant qu'une telle perspective existe dans un délai raisonnable;
- e. doit être accompli dans une entreprise où le cours ordinaire du travail est perturbé en raison d'un conflit collectif de travail;
- f. nécessite un déplacement de plus de deux heures pour l'aller et de plus de deux heures pour le retour et qui n'offre pas de possibilités de logement appropriées au lieu de travail, ou qui, si l'assuré bénéficie d'une telle possibilité, ne lui permet de remplir ses devoirs envers ses proches qu'avec de notables difficultés;
- g. exige du travailleur une disponibilité sur appel constante dépassant le cadre de l'occupation garantie;
- h. doit être exécuté dans une entreprise qui a procédé à des licenciements aux fins de réengagement ou à de nouveaux engagements à des conditions nettement plus précaires; ou
- i. procure à l'assuré une rémunération qui est inférieure à 70% du gain assuré, sauf si l'assuré touche des indemnités compensatoires conformément à l'art. 24 (gain intermédiaire); l'office régional de placement peut exceptionnellement, avec l'approbation de la commission tripartite, déclarer convenable un travail dont la rémunération est inférieure à 70% du gain assuré ».

6. En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales 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; 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2). Il n'existe 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).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 469 consid. 4a ; 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b ; 122 V 162 consid. 1d).

7. En l'espèce, la caisse a considéré que l'assuré était responsable de sa situation de chômage, raison pour laquelle elle lui a infligé une sanction.
8. a. Il n'est pas contesté que l'assuré a démissionné de son poste de travail de Business Development Manager auprès de B_____ SA, sans s'être assuré d'avoir un nouvel emploi.

b. L'assuré n'allègue pas que la continuation des rapports de travail à la caisse de pension était devenue intolérable. Il a indiqué dans sa demande de prestations avoir résilié son contrat pour raison de santé.

Force est de constater toutefois que les documents médicaux qu'il a produits successivement, et en plusieurs étapes au cours de la procédure, administrative dans un premier temps, puis dans le cadre de son recours, ne sauraient convaincre de l'existence avérée de problèmes de santé d'une gravité telle qu'au moment où il a décidé de son propre chef de résilier le contrat de travail, la poursuite des rapports de travail, à tout le moins jusqu'à ce qu'il ait trouvé un emploi de remplacement, dut être considéré comme intolérable. Il a d'ailleurs lui-même admis lors de l'entretien téléphonique du 31 juillet 2018 avec le gestionnaire de la caisse qu'il n'était pas suivi par un médecin à l'époque.

Selon l'Audit Letter TCIN Édition 2013/1 novembre 2013 éditée périodiquement par le SECO, p.5ss, lorsque la personne assurée a mis fin d'elle-même aux rapports de travail invoquant ne pas pouvoir rester à son poste de travail pour des raisons de santé, elle doit alors présenter un certificat médical juridiquement suffisant afin de prouver ses dires. En l'absence de certificat médical, la caisse doit prononcer une

suspension pour chômage fautif. Si le certificat médical présenté n'est pas ou insuffisamment probant, la caisse doit effectuer une enquête complémentaire et, selon les éléments de preuve, sanctionner la personne assurée. En aucun cas, la caisse n'est autorisée à renoncer à suspendre le droit aux indemnités sans effectuer d'enquête complémentaire, lorsqu'un certificat médical n'est pas clair ou juridiquement insuffisant. Un certificat médical juridiquement suffisant ne doit pas comporter uniquement les descriptions fournies par le patient. L'attestation doit montrer que le médecin est parvenu de lui-même après enquête au résultat formel que la poursuite des rapports de travail n'était plus possible pour des raisons de santé. L'attestation devrait mentionner concrètement les problèmes de santé rencontrés lorsque la personne assurée était en poste. Il convient d'apprécier avec une précaution particulière les certificats médicaux indiquant que la personne assurée a consulté un médecin pour la première fois seulement une fois les rapports de travail terminés ou même seulement après que la caisse a demandé un certificat médical pour prouver que, pour des raisons de santé, l'on ne pouvait exiger d'elle, qu'elle reste à son poste de travail. Les certificats doivent clairement indiquer que le médecin est parvenu, sur la base de ses propres recherches, à la conclusion qu'au moment de leur résiliation déjà, les rapports de travail ne pouvaient être maintenus pour des raisons de santé. Si le certificat médical n'est pas clair sur ce point, la caisse doit alors effectuer d'autres clarifications.

Dans le cas particulier, force est de constater que le premier document établi par le Dr C_____, attestant avoir vu le recourant en consultation, pour la première fois le 28 juin 2018, soit non seulement après la fin des rapports de travail, mais encore après son inscription à l'ORP, ne fait que répercuter, dans son attestation, ce que lui avait déclaré le patient, lequel lui avait dit avoir dû démissionner de son poste de travail pour raison médicale, en février 2018, présentant un pré burnout. Il prétend que ce fait serait avéré par la trace d'une consultation dans un hôpital français (dans la région du Mans) le 29 (recte : 27) février 2018, dont il n'a pas connaissance du contenu, et d'une attestation du Dr D_____, médecin généraliste, Saint-Maurice de Lignon (en Haute-Loire, soit à quelques centaines de kilomètres de l'hôpital consulté en février 2018) datée du 19 juin 2018, dite attestation certifiant que l'intéressé avait été admis aux urgences de l'hôpital, le 27 février 2018, où des examens avaient été pratiqués, son état justifiant alors un repos, selon l'avis médical donné. Tant le Dr C_____ que le Dr D_____ n'ont fait qu'attester le contenu du bordereau de facturation de la consultation du 27 février 2018, lequel ne donne aucune précision, ne pose aucun diagnostic, voire pour ce qui concerne le dernier nommé, s'être fondé sur le certificat médical - que le recourant ne produira finalement qu'à l'appui de son recours (le 26 octobre 2018) établi le 14 juin 2018 par le Dr F_____ officiant à l'hôpital -, dont il ressort que la durée des soins peut être estimée à deux jours, sous réserve de complications ultérieures; et qui n'évoque même pas la moindre prescription de repos; ce qui laisse donc à penser que ces deux médecins n'ont fait pour l'essentiel que de rapporter les propos mêmes du patient qui venait les consulter, apparemment dans l'unique but d'obtenir une

attestation de ce qu'il aurait consulté l'hôpital le 27 février 2018. Le certificat médical du Dr F_____ ne permet pas non plus de tirer des conclusions que le recourant voudrait voir, soit de démontrer l'existence, en février 2018, d'un état de burnout, voire de pré burnout. Force est de constater qu'aucun de ces trois documents ne pourrait se voir reconnaître une valeur probante au sens des exigences de la jurisprudence du Tribunal fédéral en la matière.

Conformément aux directives qui précèdent, au vu des premiers documents produits, l'intimée a interpellé le Dr C_____, pour lui demander toutes précisions utiles quant à un éventuel suivi de l'intéressé, et surtout pendant la période qui a précédé la résiliation du contrat de travail, à fin mars 2018. La caisse a ainsi pu établir que l'intéressé n'avait en tout cas pas été suivi par le Dr C_____ à l'époque, ni ultérieurement d'ailleurs – le recourant ne prétend du reste pas le contraire –, en pratique pendant le délai de congé, jusqu'à fin mai 2018, et au-delà, le Dr C_____ constatant, au moment où il a été consulté par l'intéressé à fin juin, que celui-ci était en bonne santé, le 28 juin 2018, et qu'il était apte à toutes les tâches de sa profession.

On peut d'ailleurs s'étonner que les documents sollicités par le recourant, dans leur quasi-totalité après la fin des rapports de travail, l'aient été auprès de médecins qu'il ne consultait apparemment pas pour une autre raison que de leur faire attester de la consultation qu'il avait eue à l'hôpital le 27 février 2018. La consultation, apparemment isolée, du Dr D_____, exerçant à plusieurs centaines de kilomètres de l'hôpital consulté le 27 février, et à bonne distance de son lieu de Genève, pour qu'il établisse l'attestation médicale produite, peut paraître insolite, mais dans la mesure où de toute manière sa valeur probante ne peut pas être retenue, comme pour les autres documents commentés précédemment, il n'est pas nécessaire de procéder à d'autres investigations complémentaires, la chambre de céans estimant ces mesures inutiles, car le résultat modifierait en rien ses conclusions.

Il apparaît dès lors au degré de la vraisemblance prépondérante, exigée en matière d'assurances sociales, qu'au moment où il a donné son congé, le recourant n'était pas suivi par un médecin. On relèvera également qu'il ne ressort nullement du dossier, et notamment des documents émanant de l'employeur, qu'entre fin février et fin mars 2018, l'intéressé se soit trouvé en arrêt de travail, ce qui n'a pas non plus été le cas, comme l'a confirmé l'employeur, pendant toute la durée du préavis de congé, soit jusqu'à fin mai 2018. Si l'événement du 27 février 2018 avait été si alarmant, nul doute que le recourant s'en serait ouvert auprès de son employeur, et plutôt que de résilier son contrat de travail, c'eût été l'occasion, le cas échéant, pour lui de prendre quelques jours de repos, en congé maladie prescrit par un médecin, ce qui une fois encore n'a pas été le cas.

Il résulte donc de ce qui précède que l'on ne saurait reconnaître au moment où il a démissionné de son poste que l'intéressé se serait trouvé, pour des raisons de santé, dans une situation telle que l'on ne pouvait exiger de lui la poursuite des rapports de travail, à tout le moins jusqu'à ce qu'il retrouve un emploi de remplacement.

c. Il y a lieu de rappeler qu'un assuré qui, même pour des raisons honorables, provoque son chômage, agit en principe fautivement au sens de la LACI et s'expose de ce fait à une sanction. Selon la jurisprudence, il y a faute propre de l'assuré au sens de l'assurance-chômage, si la survenance du chômage est due à son comportement qui, compte tenu des circonstances et rapports personnels, aurait pu être évitée.

Sur opposition, pour la première fois, l'assuré a fait valoir des circonstances personnelles, des problèmes de santé de son entourage familial direct, qui l'auraient affecté à 2017. Même si l'on peut admettre que ses problèmes familiaux aient pu l'affecter, à l'époque, cela ne justifie pas encore qu'il ait abandonné son emploi, sans s'être préalablement assuré de son avenir professionnel. Les vagues difficultés qu'il évoque, dans le cadre de son travail, ne sont attestées par aucun élément objectif et vraisemblable du dossier: la lettre de congé ne contient aucun motif; l'employeur n'a pas fait état de plaintes de l'intéressé au sujet de ses conditions de travail ou des difficultés qu'il aurait rencontrées dans le quotidien, au travail: au contraire, ce dernier a confirmé que l'assuré travaillait bien et qu'il l'aurait gardé s'il n'avait pas démissionné.

Force est en conséquence de constater que l'assuré a bel et bien provoqué son chômage fautivement.

Les motifs invoqués par l'assuré ne permettent pas d'admettre l'absence d'une faute. Ainsi, les raisons qu'il a données successivement ne sauraient justifier l'abandon d'un poste de travail réputé convenable sans s'être assuré, au préalable, d'obtenir un autre emploi.

9. Le comportement fautif de l'assuré doit être sanctionné par une suspension du droit à l'indemnité.
10. a. Selon l'art. 45 al. 3 et 4 de l'ordonnance sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité, du 31 août 1983 - ordonnance sur l'assurance-chômage (OACI ; RS 837.02), la suspension dure :
 - a. de 1 à 15 jours en cas de faute légère ;
 - b. de 16 à 30 jours en cas de faute de gravité moyenne ;
 - c. de 31 à 60 jours en cas de faute grave (al. 3).

Il y a faute grave lorsque, sans motif valable, l'assuré :

- a. abandonne un emploi réputé convenable sans être assuré d'obtenir un nouvel emploi ; ou qu'il
- b. refuse un emploi réputé convenable (al. 4).

La jurisprudence considère que lorsqu'un assuré peut se prévaloir d'un motif valable, il n'y a pas forcément faute grave même si les conditions de cette disposition réglementaire sont réalisées. Par motif valable, il faut entendre un motif qui fait apparaître la faute comme étant de gravité moyenne ou légère. Il peut s'agir,

dans le cas concret, d'un motif lié à la situation subjective de la personne concernée ou à des circonstances objectives (ATF 130 V 125). La jurisprudence considère que lorsqu'un assuré peut se prévaloir d'un motif valable au sens de cette disposition, il n'y a pas forcément faute grave même en cas de refus d'un emploi assigné et réputé convenable. Ainsi, dans un arrêt C 230/01 du 22 mai 2001 (DTA 2003 n° 26 p. 248, consid. 3.3), le Tribunal fédéral des assurances a qualifié de faute de gravité moyenne - justifiant une suspension d'une durée de 19 jours - le refus d'un assuré d'accepter une modification du contrat de travail au sujet de la période durant laquelle il pouvait prendre ses vacances.

Ainsi, lorsque l'assuré a provoqué son chômage par sa propre faute en abandonnant un emploi réputé convenable sans s'être assuré d'obtenir un nouvel emploi, (art. 30 al. 1 let. a LACI et 44 al. 1 let. b OACI), il s'agit d'une faute grave qui, à ce titre, justifie une suspension du droit à l'indemnité. En vertu de l'art. 45 al. 3 OACI, la durée de la suspension est de 31 à 60 jours.

En l'espèce, il ressort de ce qui précède que l'assuré ne pouvait guère se prévaloir d'un motif de nature à justifier son comportement, au moment où la décision initiale de suspension a été rendue, de sorte que la faute eût pu être qualifiée de grave, par la caisse de chômage au vu du dossier tel qu'il se présentait à l'époque. La caisse avait néanmoins et d'ores et déjà tenu compte des explications données, et avait fixé la quotité de la suspension à 29 jours, soit une pénalité pour faute moyenne réduisant la sanction située dans le palier de la faute grave. Sur opposition, elle a estimé que les éléments avancés, soit notamment ses difficultés familiales, faisaient partie des circonstances pour lesquelles la caisse avait considéré justifié de qualifier d'emblée la faute de moyenne, et c'est ainsi qu'elle a confirmé sur opposition la suspension du droit à l'indemnité à hauteur de 29 jours.

b. La durée de la suspension du droit à l'indemnité de chômage est fixée compte tenu non seulement de la faute, mais également du principe de proportionnalité (Thomas NUSSBAUMER, Arbeitslosenversicherung, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2ème éd., n 855, p. 2435).

La durée de la suspension prononcée par la caisse n'apparaît pas disproportionnée compte tenu des faits pris en compte. On n'en voit pas d'autres qui légitimeraient une réduction plus importante que celle déjà consentie par l'intimée. Ainsi la suspension prononcée a respecté le principe de la proportionnalité.

11. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Florence SCHMUTZ

Mario-Dominique TORELLO

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'au Secrétariat d'État à l'économie par le greffe le