

Arrondissement judiciaire I Courtelary-Moutier-La Neuveville

Moutier, le 24 avril 2007

C 06 1277

Le Président 2: Ph. Beuchat

Le Greffier : R. Arn

J u g e m e n t

dans l'affaire civile liée entre

X.,

repr. par Maître Grégory Aubry,

demanderesse

contre

A. **Assurances SA**

défenderesse



Le Président 2 de l'arrondissement judiciaire I Courtelary - Moutier - La Neuveville

Considérant

I. Introduction

Le présent litige concerne une question d'interprétation de conditions générales applicables à une assurance perte de gain individuelle conclue entre parties. La demanderesse conclut à la constatation que la défenderesse doit verser les indemnités journalières convenues dans ce contrat pour une durée maximale de 670 jours, partant que la défenderesse soit condamnée à lui verser tel montant à dire de justice supérieur à fr. 8'000.00, avec intérêt à 5% dès l'exigibilité.

La défenderesse conclut au rejet de ces conclusions, en se fondant sur plusieurs dispositions des conditions générales du contrat. Elle invoque à titre principal que la demanderesse n'a pas droit à ces indemnités car elle ne disposait plus de perte de gain à compter du 21 août 2005, dès lors que son droit de toucher des indemnités journalières du chômage était épuisé.

Le point principal de ce litige réside donc dans l'interprétation des dispositions générales du contrat applicables, sur la base des principes développés notamment sous l'angle de l'article 18 CO. Il s'agit en particulier d'interpréter l'article 13 de ces conditions générales qui prévoit sous le point 4, durée du droit aux prestations : « La durée du droit aux prestations est fixée dans la police. En cas de chômage, elle est calculée d'après le nombre maximum d'indemnités journalières accordées par l'assurance-chômage. En cas d'incapacité de travail d'un preneur d'assurance au bénéfice de l'assurance-chômage, les prestations correspondent aux indemnités journalières de cette assurance auxquelles le preneur d'assurance a encore droit ».

II. En fait

A. Par mémoire de demande du 7 septembre 2006, la demanderesse, par son mandataire, a retenu les conclusions suivantes (dos., p. 2) :

1. Constaté que la défenderesse, à raison du contrat d'assurance du 17 décembre 2003, conclu avec la demanderesse ainsi que de l'incapacité de travail à 100% de la demanderesse dès le 3 juin 2005, doit verser les indemnités journalières contractuellement convenues à la demanderesse, après un délai d'attente de 60 jours, pour une durée maximale de 670 jours,
2. Condamner la défenderesse à payer à la demanderesse tel montant à dire de justice, supérieur à fr. 8'000.00, avec intérêts à 5% dès exigibilité,
3. Le tout sous suite des frais et dépens.

La demanderesse indique qu'elle a interprété les conditions générales du contrat conclu notamment sur la base d'un courrier de l'assurance pour une proposition antérieure à celle signée, qu'elle a compris dans le sens où elle pouvait faire valoir sa couverture d'assurance à la condition que le sinistre survienne alors qu'elle se trouvait encore au bénéfice de l'assurance chômage. Or, elle s'est trouvée en incapacité de travail dès le 3 juin 2005, alors qu'elle avait encore droit à des indemnités de chômage. De plus, son délai-cadre de chômage s'étendait jusqu'au 31 janvier 2006, raison pour laquelle elle aurait dans tous les cas droit à une couverture de son assurance jusqu'à l'expiration de son délai-cadre en cas de maladie qui aurait perduré jusqu'à la fin de celui-ci. La demanderesse n'avait par ailleurs jamais caché à la défenderesse que son intention était, compte tenu de sa future situation de chômeuse, de se prémunir au mieux contre les risques d'incapacité de travail, en raison de l'indemnisation limitée versée par l'assurance chômage en cas d'incapacité de travail. Or, l'attention de la demanderesse n'a jamais été

attirée par la défenderesse sur la limitation très importante contenue à l'article 13 chiffre 4 des conditions générales. Il n'y a dès lors jamais eu d'accord formel sur le contenu du contrat conclu. En effet, la demanderesse n'aurait jamais signé ce contrat si elle s'était rendue compte de la limitation très importante de ses droits contenue dans cette disposition. Selon le principe de la confiance, la demanderesse était donc habilitée à penser que son interprétation du contrat était la bonne. Enfin, l'article 13 chiffre 4 CGA n'est pas aussi clair qu'il n'y paraît. En particulier, une interprétation telle que celle faite par l'assurance crée d'importantes inégalités et incertitudes pour le preneur d'assurance, qui seront reprises en tant que de besoin.

B. Par mémoire de réponse du 30 octobre 2006, la défenderesse a conclu à ce qu'il plaise au Tribunal de céans de rejeter la demande et de débouter la demanderesse de toutes autres ou plus amples conclusions (dos., p. 34).

La défenderesse fonde son refus de verser des prestations d'assurance sur les conditions générales du contrat conclu, en particulier sur l'article 13 chiffre 4 CGA. Elle considère que la demanderesse, en incapacité de travail à compter du 3 juin 2005, n'a pas droit aux indemnités de l'assurance dans la mesure où, au regard des dispositions en matière de chômage, son droit de toucher des prestations d'assurance cessait au 21 août 2005. La demanderesse a été avertie de la limitation de l'article 13 chiffre 4 CGA. Elle n'a pas réagi pour indiquer que la teneur du contrat ne correspondait pas à sa volonté. Elle a donc commis une négligence qui la prive de tout droit à des prestations d'assurance. L'article 13 chiffre 4 CGA est par ailleurs parfaitement clair. Le fait que le droit aux indemnités soit susceptible de différer selon la personne qui a conclu le contrat ne fait pas encore de cette clause un article peu clair, l'important étant que le nombre d'indemnités à percevoir puisse être facilement calculé.

Enfin, l'assurance indemnité journalière sert par nature à compenser une perte de salaire ou de gain consécutive à une maladie. Les prestations ne peuvent donc être versées qu'en cas de perte de gain effective.

Dans le cas de la demanderesse, il ressort de ses décomptes de chômage qu'elle avait droit à des indemnités de cette assurance jusqu'au maximum au 21 août 2005. Compte tenu de l'interdiction de la surindemnisation, la défenderesse ne pouvait donc pas l'indemniser au-delà de cette date, même en l'absence de l'article 13 chiffre 4 CGA. En effet, si elle n'était pas tombée malade, son droit de toucher une indemnisation aurait pris

fin le 21 août 2005 et il y aurait lieu de présumer qu'elle n'exercerait toujours pas d'activité au-delà de cette date, même si elle n'était pas tombée malade.

C. L'audience des débats s'est déroulée le 1er mars 2007 (dos., p. 41). Lors de cette audience, les parties ont confirmé leurs conclusions.

L'ordonnance sur les preuves suivante a été rendue :

Sous réserve de l'article 85 alinéa 2 LSA, le Juge rend l'ordonnance suivante :

La demanderesse prouvera les faits selon lesquels la défenderesse doit, en vertu du contrat d'assurance individuelle d'indemnité journalière conclu avec la B. Assurances, puis transféré à la société A. Assurances SA (police actuelle n° 8023877), lui verser les indemnités journalières pour la période située au-delà de la période pour laquelle elle avait le droit de toucher des prestations de l'assurance chômage. Elle prouvera notamment les faits selon lesquels l'article 13 alinéa 4 des conditions générales du contrat ne peut lui être opposé d'une part en raison d'une violation de l'obligation d'informer de l'assurance lors de la conclusion du contrat sur un élément subjectivement essentiel du contrat, et d'autre part, en raison de la formulation imprécise de cette disposition.

La défenderesse est admise à la contre-preuve de ces faits. Elle peut en particulier prouver les faits selon lesquels l'article 13 alinéa 4 des conditions générales applicables au contrat ne peut porter à confusion et qu'il est opposable à la demanderesse et qu'au surplus, l'application de l'article 3 des conditions générales conduirait également au refus de toute indemnité au-delà du 21 août 2005.

La demanderesse a été entendue. Ses déclarations seront reprises en tant que de besoin dans la partie en droit du présent jugement.

D. Il ressort des pièces produites et non contestées par les parties les éléments suivants :

1. La demanderesse a travaillé dès le 1er novembre 1996 auprès de l'entreprise O. AG à Liestal. Dans ce cadre, elle se trouvait au bénéfice d'un contrat collectif d'assurance indemnités journalières auprès de B. Assurances.

2. La demanderesse a été dans un premier temps licenciée pour le 31 juillet 2003. Elle a alors présenté par courrier du 9 juillet 2003 une demande d'offre en vue de bénéfi-

cier à compter de la fin de son contrat de travail d'une assurance individuelle d'indemnités journalières en cas de maladie (PJ 1 de la demande et de la réponse). Dans ce questionnaire, elle a indiqué qu'elle allait se retrouver au chômage suite à son licenciement.

Par courrier du 24 juillet 2003, B. Assurances lui a soumis une offre pour le versement de 720 jours d'indemnités après déduction d'un délai d'attente de 30 jours. La proposition indique que le contrat serait valable du 1er août 2003 jusqu'à la fin du délai-cadre. Ce courrier relève par ailleurs que : « Der Versicherungsschutz gilt nur solange, wie von der Arbeitslosenversicherung Anspruch auf Taggelder bestehen oder Sie bei einem Arbeitgeber mit einer kollektiven Krankenversicherung eine Stelle antreten », ce qui signifie que la protection d'assurance ne court qu'aussi longtemps qu'une prétention à des indemnités journalières de l'assurance chômage existe ou jusqu'à ce que l'assuré dispose d'une place de travail auprès d'un employeur disposant d'une assurance perte de gain collective.

3. Par courrier du 2 octobre 2003, la demanderesse a indiqué que ses relations de travail se poursuivaient auprès de son employeur et qu'elle laissait donc la proposition de B. Assurances en suspens (PJ 3 de la demande et de la réponse).

4. La demanderesse a de nouveau rempli un formulaire de demande d'offre le 31 octobre 2003, indiquant qu'elle finissait son activité le même jour auprès de O. AG (PJ 4 de la demande et de la réponse). Elle y a indiqué se trouver au chômage à compter de la fin des relations de travail. B. Assurances lui a alors envoyé une offre datée du 13 novembre 2003 (PJ 5 de la demande et de la réponse). Cette proposition indiquait le salaire annuel assuré de fr. 82'125.00, 80% de ce salaire étant versé en cas de survenance d'un cas d'assurance. L'assurance s'engageait à verser ses prestations pendant 670 jours par cas, les prestations déjà versées sur la base du contrat collectif devant être prises en compte, le délai d'attente étant de 60 jours. Le montant annuel de la prime a été fixé à fr. 2'233.80. A ce courrier était joint les conditions générales d'assurance. Par courrier explicatif du 28 novembre 2003 (PJ 6 de la demande et de la réponse), à la demande de B. Assurances, la demanderesse a précisé qu'elle se trouvait sans emploi et qu'elle ne bénéficiait d'aucune autre assurance perte de gain. Dans ce courrier, elle a confirmé avoir reçu les conditions générales du contrat, version 2002.

5. Par courrier du 17 décembre 2003, la demanderesse a reçu la police d'assurance s'agissant de l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie (PJ 7 de la demande et de la réponse). Le contrat a été conclu pour la période du 1er février 2004 au 13 juillet 2005. La durée de l'indemnisation prévue était de 670 jours par sinistre, les in-

demnités touchées dans le cadre de l'assurance collective devant être prises en compte. Le délai d'attente prévu était de 60 jours. Cette police renvoie aux conditions générales applicables à l'assurance d'indemnités journalières conclue à titre individuel, qui étaient jointes au document envoyé (en allemand en PJ 7 de la demande et en français en PJ 0 de la réponse, l'ensemble de la correspondance directe avec la demanderesse s'étant déroulée en allemand). Selon l'article 3 chiffre 1 CGA, B. couvre les conséquences économiques de l'incapacité de travail conformément aux dispositions des CGA et dans les limites prévues dans les conditions particulières et générales applicables au contrat. Il y a incapacité de travail selon l'article 8 CGA lorsque par suite de maladie couverte par l'assurance, le preneur d'assurance n'est totalement ou partiellement plus en mesure d'exercer sa profession ou une autre activité professionnelle que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Selon l'article 13 chiffre 1 CGA, l'assurance consiste en une indemnité limitée à 80% du dernier salaire AVS assuré dans le cadre du contrat collectif d'indemnité journalière ou, en cas de chômage, à 90% de l'indemnité journalière à laquelle le preneur d'assurance a droit. Selon le chiffre 2 de ce même article, le droit aux prestations prend naissance dès qu'une incapacité de travail ininterrompue d'au moins 50% a duré plus longtemps que le délai d'attente fixé dans la police. Enfin, le chiffre 4 indique que : « La durée du droit aux prestations est fixée dans la police. En cas de chômage, elle est calculée d'après le nombre maximum d'indemnités journalières accordées par l'assurance-chômage. En cas d'incapacité de travail d'un preneur d'assurance au bénéfice de l'assurance-chômage, les prestations correspondent aux indemnités journalières de cette assurance auxquelles le preneur d'assurance a encore droit. ».

6. Dès le 1er février 2004, la demanderesse a bénéficié de prestations de chômage versées par l'assurance C.

7. La demanderesse est tombée en incapacité de travail en raison d'une maladie à compter du 3 juin 2005 (p. 40 du dossier). Elle souffrait de troubles anxieux liés en particulier à la précarité de sa situation sociale et professionnelle (PJ 11 de la demande et 10 de la réponse). Elle a transmis un avis de sinistre à son assurance daté du 24 juin 2005 (PJ 10 de la demande et 9 de la réponse). Par courrier du 16 août 2005 (PJ 13 de la demande), la demanderesse a indiqué qu'elle n'avait pas de nouvel employeur à compter du 1er février 2004 et qu'elle se trouvait donc toujours sans travail. Elle a précisé ne pas toucher d'autres indemnités.

8. Par courrier du 19 juillet 2005, la défenderesse a informé la demanderesse qu'elle avait repris son assurance à compter du 1er janvier 2005, mais que le changement

d'assureur n'entraînait aucune modification s'agissant du contenu du contrat conclu (PJ 11 de la réponse).

9. La défenderesse a par la suite refusé d'entrer en matière sur le versement de ses prestations au-delà du 20 août 2005, en se fondant sur l'article 13 chiffre 4 CGA (PJ 16 à 21 de la demande et 12 à 15 de la réponse). L'audience de conciliation du 7 mars 2006 n'a pas permis de trouver un arrangement entre parties et l'ouverture du droit a donc été accordée à la demanderesse (PJ 23 de la demande et 17 de la réponse).

III. En droit

1. Compétence

La demanderesse conclut d'une part à la constatation que la défenderesse doit lui verser les indemnités journalières prévues contractuellement après un délai d'attente de 60 jours pour une durée maximale de 670 jours et d'autre part à la condamnation de la défenderesse à lui verser tel montant à dire de justice, supérieur à fr. 8'000.00, avec intérêt à 5% dès exigibilité. Il s'agit donc de se demander si la demanderesse peut déposer à la fois des conclusions en constatation et en condamnation dans le cadre de la même procédure.

En vertu de l'article 174 Cpcb, l'existence ou l'inexistence d'un fait juridique peut faire l'objet d'une action ou d'une reconvention pourvu que celui qui l'intente ait un intérêt à ce que le constat soit immédiat. L'action en constat exige que la demanderesse dispose d'un intérêt qui est immédiat à la constatation. Cet intérêt doit être digne de protection. Il peut être juridique ou, s'il est essentiel, de fait (ATF 120 II 20, cons. 3). Il en est ainsi lorsque les rapports juridiques entre les parties sont incertains et que seule une constatation judiciaire peut lever cette incertitude.

L'action en constat est en principe subsidiaire par rapport à l'action condamnatoire (ATF 123 III 49, cons. 1). Toutefois, la jurisprudence admet parfois des exceptions. Elle permet notamment dans certaines hypothèses de cumuler l'action en constat et l'action en condamnation portant sur une partie par exemple d'un dommage, ceci essentiellement par économie de procédure (Leuch, Marbach, Kellerhals, Sterchi, Die Zivilprozessordnung für den Kanton Bern, Stämpfli, Berne, 5ème éd., 2000, ad art. 174, § 3c). Il en est ainsi lorsque la demanderesse réclame la condamnation pour des prestations fondées

sur une obligation de durée pour la partie des montants déjà exigibles et que, dans le même temps, elle demande que le Tribunal constate la validité de l'obligation juridique sur laquelle il fonde ses prétentions. Il en va de même lorsque la demanderesse réclame une partie d'un dommage et demande que le Tribunal statue sur le principe contesté de la responsabilité de la partie adverse.

Au cas d'espèce, la demanderesse conclut à ce que le Président constate qu'elle a droit, sur la base du contrat d'assurance conclu, aux indemnités journalières convenues, sous entendu pour autant que la demanderesse demeure en incapacité de travail pendant la période en question. Elle demande donc que le Président constate que les conditions fixées dans le contrat pour toucher des indemnités journalières sont remplies à compter du 3 juin 2005. Elle demande dans le même temps la condamnation de la défenderesse au versement des sommes exigibles, ce montant évoluant dans la mesure où son incapacité de travail pour maladie perdure.

La demanderesse a en l'espèce un intérêt digne de protection à ce que le Président tranche la question de principe de l'application du contrat à la situation dans laquelle elle se trouve. Actuellement, l'absence d'un tel constat lui empêche de toucher toute indemnité journalière à laquelle elle prétend avoir droit et le maintien de cette incertitude quant à l'application de son contrat d'assurance doit être jugé insupportable pour elle. Dès lors, le Président doit traiter des deux conclusions déposées de manière cumulative, le rejet éventuel de la conclusion en constatation entraînant cependant automatiquement celui de la conclusion en condamnation.

Par ailleurs, le calcul de l'éventuel montant dû est possible sur la base des indications au dossier, dans la mesure où le gain assuré, le montant de l'indemnité journalière ainsi que les dates déterminantes sont connues et non contestées.

La demande est une action en constatation et en paiement fondée sur un contrat d'assurance selon la Loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA ; RS 221.229.1). En vertu des articles 2 et 22 LFors, 3 LiCCS et 2 CPC, le Président du Tribunal de l'arrondissement judiciaire I est compétent à raison du lieu et de la matière, la demanderesse étant domiciliée dans l'arrondissement judiciaire I.

Introduite au surplus dans le respect des formes et délais légaux, la demande est recevable.

Il sied dès lors d'entrer en matière.

2. L'interprétation des conditions générales

2a. Règles posées par la jurisprudence

Au fond, la présente affaire pose essentiellement la question de l'interprétation de l'article 13 chiffre 4 des conditions générales applicables au contrat. La LCA est applicable au contrat conclu, à moins que des dispositions particulières de ce contrat y dérogent (art. 2 chi. 2 CGA). C'est donc à l'aune de cette loi ainsi que de la jurisprudence rendue concernant l'interprétation des conditions générales d'un contrat d'assurance que ce chiffre doit être examiné.

Selon l'article 33 LCA, sauf disposition contraire contenue dans cette loi, l'assureur répond de tous les événements qui présentent le caractère du risque contre les conséquences duquel l'assurance a été conclue, à moins que le contrat n'exclue certains événements d'une manière précise, non équivoque.

Dans un arrêt en français (arrêt du TF n°5C.134/20 02 du 17 septembre 2002, cons. 3.1), le TF a rappelé les principes en matière d'interprétation des contrats d'assurance. Selon cet arrêt : « Les principes généraux de l'interprétation des contrats s'appliquent au contrat d'assurance, autant que la loi spéciale ne contient pas de dispositions particulières: l'art. 100 al. 1 LCA renvoie au droit des obligations et, partant, au code civil (cf. ATF 118 II 342 consid. 1a p. 344). Lorsqu'il s'agit de déterminer le contenu d'un contrat d'assurance et des conditions générales qui en font partie intégrante, le juge doit donc, comme pour tout autre contrat, recourir en premier lieu à l'interprétation dite subjective, c'est-à-dire rechercher la "réelle et commune intention des parties", le cas échéant empiriquement, sur la base d'indices (art. 18 al. 1 CO). S'il ne parvient pas à établir avec sûreté cette volonté effective, ou s'il constate que l'un des contractants n'a pas compris la volonté réelle exprimée par l'autre, il recherchera le sens que les parties pouvaient et devaient donner, selon les règles de la bonne foi, à leurs manifestations de volonté réciproques (application du principe de la confiance; ATF 122 III 118 consid. 2a; 118 II 342 consid. 1a p. 344-345; 112 II 245 consid. II/1c p. 253-254). Ce faisant, le juge doit partir de la lettre du contrat et tenir compte des circonstances qui ont entouré sa conclusion (ATF 127 III 444 consid. 1b; 125 III 305 consid. 2b p. 308; 115 II 264 consid. 5a p. 268). Selon la jurisprudence, il convient de ne pas attacher une importance décisive au sens des mots, même clairs, utilisés par les parties (abandon de la "Eindeutigkeitsregel"). Il ressort de l'art. 18 al. 1 CO qu'on ne peut ériger en principe qu'en présence d'un texte clair, on doit exclure d'emblée le recours à d'autres moyens d'interprétation; même si la teneur d'une clause contractuelle paraît claire et indiscutable à première vue, il peut résulter du but poursuivi par les parties ou d'autres circonstances que la lettre ne restitue pas exactement le sens

de l'accord conclu (ATF 128 III 212 consid. 2b/bb p. 215, consid. 3c p. 221; arrêt 5C.305/2001 du 28 février 2002, consid. 4b; ATF 127 III 444 consid. 1b; 125 III 305 consid. 2b p. 308-309; arrêt 4C.436/1997 du 9 juillet 1998, consid. 2; arrêt 4C.24/1997 du 2 mars 1998, consid. 1c; C. Chappuis, Note à propos des ATF 127 III 318 et 127 III 444: l'interprétation d'un texte clair, in SJ 2002 I p. 155). Finalement, et de façon subsidiaire, lorsqu'il subsiste un doute sur leur sens, les dispositions exclusivement rédigées par l'assureur, ainsi les conditions générales pré-formulées, sont à interpréter en défaveur de leur auteur, conformément à la règle des clauses ambiguës ("in dubio contra stipulatorem"; "Unklarheitsregel") (ATF 122 III 118 consid. 2a; 119 II 368 consid. 4b p. 373; 118 II 342 consid. 1a p. 344); l'art. 33 in fine LCA, qui prévoit que les clauses d'exclusion ne sont opposables à l'assuré que si elles sont rédigées de façon précise et non équivoque, en est une concrétisation (ATF 115 II 264 consid. 5a p. 269). Selon la jurisprudence et la doctrine, pour que cette règle trouve à s'appliquer, il ne suffit pas que les parties soient en litige sur la signification à donner à une déclaration; encore faut-il que celle-ci puisse être comprise de différentes façons ("zweideutig") et qu'il soit impossible de lever autrement le doute créé, faute d'autres moyens d'interprétation (ATF 122 III 118 consid. 2d; 118 II 342 consid. 1a p. 344; 100 II 144 consid. 4c p. 153; 99 II 290 consid. 5 p. 292). »

Au vu de cette jurisprudence, le juge doit procéder en trois étapes pour interpréter les dispositions générales du contrat conclu entre parties.

a. En premier lieu, il doit procéder à une interprétation subjective du contrat. Sous cet angle, il doit tenter de déterminer la réelle et commune intention des parties lors de la signature du contrat. Le juge qui doit interpréter un contrat ou des conditions générales doit donc dans un premier temps se demander quelle était l'intention de chacune des parties au contrat, puis voir si ces deux volontés concordent. Pour ce faire, il s'intéressera à l'ensemble des circonstances du cas d'espèce, à savoir en particulier au texte même des dispositions contractuelles ainsi qu'au comportement des parties tant pendant la négociation du contrat que postérieurement. Le juge devra également se demander quel est le but poursuivi par les parties lors de la conclusion du contrat. Il doit partir du principe que les termes utilisés sont pris dans leur sens habituel, à moins que les deux parties appartiennent à un cercle dans lequel un mot a une signification particulière.

b. Si l'interprétation subjective aboutit à la conclusion que les parties n'avaient pas une volonté commune lors de la conclusion du contrat, le juge doit procéder à une interprétation objective du contrat fondée sur le principe de la confiance. Selon le TF (arrêt n° 4C.90/2000 du 5 juillet 2000, cons. 2c) : « le juge doit rechercher la volonté présumée des parties en interprétant leurs déclarations de volonté selon le principe de la confiance;

cette interprétation dite objective consiste à rechercher le sens que chacune des parties pouvait et devait raisonnablement prêter aux déclarations de volonté de l'autre, en tenant compte des termes utilisés ainsi que du contexte et de l'ensemble des circonstances dans lesquelles elles ont été émises. » Le juge doit : « (...) rechercher comment une déclaration ou une attitude pouvait être comprise de bonne foi en fonction de l'ensemble des circonstances (cf. ATF 126 III 59 consid. 5b p. 68, 375 consid. 2e/aa p. 380). » Il doit donc dans cette hypothèse se placer dans la peau du destinataire de la déclaration et se demander comment il pouvait objectivement la comprendre sur la base des règles sur la bonne foi. Pour interpréter une clause de conditions générales d'un contrat d'assurance, le juge ne doit pas s'attacher uniquement à la clause à interpréter, mais doit l'examiner à la lumière de l'ensemble des dispositions contractuelles. En outre, l'assureur qui soutient que certains risques ne sont couverts que moyennant une clause spéciale et une surprime doit prouver qu'il en avait informé le preneur d'assurance (RBA X, n° 37). Toutefois, il ne faut pas oublier, s'agissant de conditions générales, qu'il faut tenir compte du caractère normatif de ces dispositions. Dans la mesure où elles sont applicables à une communauté de risques, elles doivent être interprétées de manière uniforme pour tous les assurés (TC VD, RBA XVIII, n° 45 cité in Carré, Loi fédérale sur le contrat d'assurance, édité par l'auteur, Lausanne, 2000, ad art. 1er).

c. Enfin, ce n'est que s'il subsiste un doute sur l'interprétation de conditions générales rédigées par l'assurance, que celles-ci doivent être interprétées en défaveur de cette dernière. Dans un arrêt très récent (arrêt du TF du 8 janvier 2007, n° 5C.208/2006), le TF a précisé à son considérant 3 que l'article 33 LCA ne fait que concrétiser le principe « in dubio contra stipulatorem » dans le domaine du contrat d'assurance. Cette règle d'interprétation ne peut entrer en ligne de compte que si d'une part une déclaration peut être comprise de différentes façons ("zweideutig") et d'autre part s'il est impossible de lever le doute créé par les moyens d'une interprétation ordinaire au sens de l'article 18 CO.

2b. L'interprétation subjective du contrat d'assurance

La demanderesse prétend en premier lieu que les parties ont compris différemment le sens du contrat conclu. Pour sa part, elle considère que sur la base des informations reçues, elle était fondée à croire que suite à la conclusion du contrat, elle avait droit aux indemnités journalières prévues contractuellement si elle tombait en incapacité de travail au cours de sa période de chômage. Etant tombée en incapacité de travail totale le 3 juin 2005, elle considère donc avoir droit aux indemnités prévues dans le contrat, indépendamment de la durée de son droit au chômage et du contrat d'assurance.

Quant à l'assurance, elle se retranche derrière l'article 13 chiffre 4 CGA applicable au contrat conclu. Pour elle, le droit de la demanderesse de toucher des prestations s'est éteint le 21 août 2005, soit le jour où elle aurait dû toucher sa dernière indemnité journalière du chômage si elle n'était pas tombée malade.

Il ressort des documents produits et de l'audition de la demanderesse que celle-ci n'a jamais eu de contacts directs avec un représentant de B. Assurances avant la conclusion du contrat. Les contacts ont été uniquement téléphoniques ou écrits.

S'agissant des documents écrits, il est établi que la demanderesse a indiqué à son assurance qu'elle désirait conclure une assurance individuelle d'indemnités journalières en cas de maladie alors qu'elle allait se retrouver au chômage. Lorsqu'elle a rempli sa première demande d'offre, elle a d'ailleurs reçu un courrier de l'assurance qui lui apportait certaines précisions s'agissant de la situation dans laquelle elle se trouvait, ce courrier indiquant que la protection d'assurance ne courait qu'aussi longtemps qu'une prétention à des indemnités journalières de l'assurance chômage existait ou jusqu'à ce qu'elle débute un travail auprès d'un employeur disposant d'une assurance perte de gain collective (PJ 2 de la demande et de la réponse). Ce courrier précisait également l'obligation de la demanderesse d'envoyer une copie de son premier décompte de chômage dans les 14 jours dès réception de ce dernier.

S'agissant de la conclusion du contrat et de la volonté des parties au moment de la conclusion du contrat, il y a relativement peu d'autres éléments au dossier. Toutefois, le comportement de la demanderesse au moment où elle s'est retrouvée en incapacité de travail en raison d'une maladie démontre qu'elle avait compris le contrat de manière différente de la manière dont l'interprète la défenderesse. En effet, elle a d'une part rempli le formulaire de déclaration de sinistre peu de temps après le début de son incapacité de travail mais elle a d'autre part annoncé immédiatement à son assurance protection juridique le cas lorsque la défenderesse a indiqué refuser d'entrer en matière sur ses prétentions. Elle a de manière constante indiqué la manière dont elle avait compris le contrat, à savoir qu'elle avait droit à l'intégralité des prestations prévues par le contrat d'assurance si elle tombait malade alors qu'elle se trouvait au chômage pendant la durée du contrat.

Dès lors, les éléments au dossier permettent de conclure que la demanderesse pensait, lors de la conclusion du contrat, conclure une assurance qui lui permettait de toucher 670 indemnités journalières en cas d'incapacité de travail pour cause de maladie survenant pendant la durée de sa période de chômage. Comme elle le prétend, elle avait donc bien la volonté de se prémunir contre les règles très restrictives de l'assurance chômage en cas d'incapacité de travail au cours d'une période de chômage (art. 28 LACI).

Quant à B. Assurances, il n'existe aucun élément au dossier pour dire comment elle a effectivement compris ce point du contrat d'assurance. Comme le relève la demanderesse avec raison, la phrase contenue dans le courrier du 24 juillet 2003 n'est pas parfaitement claire. En effet, elle peut être interprétée de différentes manières qui seront reprises ci-dessous. En l'absence d'indications quant à la volonté de B. Assurances au moment de la conclusion du contrat, il faut cependant considérer que cette volonté concorde avec celle de la défenderesse, qui fonde son refus de verser des prestations sur l'article 13 chiffre 4 CGA, en considérant que le point déterminant est celui de savoir, au moment de la survenance de son incapacité de travail pour cause de maladie, quel est le nombre d'indemnités journalières de l'assurance chômage auquel la demanderesse avait encore droit.

Dès lors, il faut conclure que sur le plan subjectif, la volonté des parties différerait au moment de la signature du contrat. Il s'agit donc dans un deuxième temps de procéder à une interprétation objective du contrat fondée sur le principe de la confiance.

2c. L'interprétation objective des clauses du contrat d'assurance

Sous l'angle objectif, la principale question réside dans l'interprétation de l'article 13 chiffre 4 CGA. Cet article est applicable au contrat conclu entre parties. En effet, la demanderesse a reçu une copie de ces CGA avec l'offre d'assurance du 13 novembre 2003, selon document indiqué en annexe à cette lettre. Elle a en outre confirmé avoir reçu ces CGA le 28 novembre 2003. La police d'assurance renvoie encore à ces CGA, tout en indiquant au surplus que si le contenu de la police ne correspondait pas avec l'accord conclu, la demanderesse disposait d'un délai de quatre semaines pour en demander la rectification (art. 12 LCA). Il faut donc se demander comment interpréter cet article 13 CGA sur la base du principe de la confiance, mais également sur la base des indications reçues par la demanderesse lors de la conclusion du contrat d'assurance.

Cet article concerne la durée du droit aux prestations contractuelles. La première phrase ne pose pas de problèmes d'interprétation. En effet, la durée de ce droit aux prestations est en principe fixée par la police, à savoir en l'espèce 670 jours par cas.

La deuxième phrase de ce chiffre 4 concerne précisément l'hypothèse où l'assuré se trouve au chômage. Dans un tel cas, la durée du droit aux prestations est calculée d'après le nombre maximum d'indemnités journalières accordées par l'assurance-chômage. La lecture de cette phrase permet donc d'emblée de conclure qu'il s'agit d'une exception à la règle générale posée à la première phrase du chiffre 4 et conduit donc à

conclure, selon le principe de la confiance, que cette durée peut être différente de la durée prévue par le contrat d'assurance.

S'agissant de cette durée, il faut se référer aux règles contenues dans les dispositions en matière d'assurance-chômage (Loi fédérale du 25 juin 1982 sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité (Loi sur l'assurance-chômage, LACI, RS 837.0) et Ordonnance du 31 août 1983 sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité (Ordonnance sur l'assurance-chômage, OACI, RS 837.2)). Selon l'article 9 alinéa 1 LACI : « Des délais-cadres de deux ans s'appliquent aux périodes d'indemnisation et de cotisation, sauf disposition contraire de la présente loi. » Quant à l'alinéa 2 de cette disposition, il prévoit que : « Le délai-cadre applicable à la période de l'indemnisation commence à courir le premier jour où toutes les conditions dont dépend le droit à l'indemnité sont réunies. » Ces conditions sont indiquées à l'article 8 LACI.

Le nombre maximum d'indemnités journalières que l'assurance-chômage verse est prévu aux articles 27 LACI, 41c OACI ainsi que dans l'annexe à cette ordonnance. En principe, ce nombre maximum est de 400 indemnités journalières au plus, mais ce nombre peut être plus ou moins important pour certaines catégories de personnes. Par ailleurs, le Conseil fédéral peut augmenter temporairement de 120 jours le nombre d'indemnités journalières pour une période limitée s'agissant de cantons ou des parties de cantons qui subiraient un fort taux de chômage (voir à ce sujet l'annexe à l'OACI).

Comme l'a relevé le mandataire de la demanderesse en plaidoirie, il ressort donc de ces dispositions qu'un délai-cadre de deux ans est ouvert pour toute personne tombant au chômage et qui a droit aux prestations de cette assurance. Dans ce délai, le chômeur a droit à un nombre maximum d'indemnités journalières fixé selon les articles 27 LACI, 41c OACI et son annexe, ce nombre pouvant effectivement varier selon la situation de la personne et son lieu de domicile.

Toutefois, ce seul fait ne peut conduire à conclure que la clause prévue à l'article 13 chiffre 4 CGA n'est pas claire. En effet, le nombre maximum d'indemnités journalières peut être facilement déterminé sur la base des dispositions en matière de chômage. Par ailleurs, pour autant qu'il soit possible que ce nombre maximum varie en cours du délai-cadre, cette variation doit automatiquement se répercuter sur le contrat d'assurance en vertu du texte clair sur ce point de l'article 13 chiffre 4 CGA.

A ce stade, l'article 13 chiffre 4 CGA est donc parfaitement clair s'agissant de la durée du droit aux prestations. Il pose le principe selon lequel ce droit est fixé dans la police et re-

tient une exception en cas de période de chômage du preneur d'assurance. Dans une telle hypothèse, il fixe la durée des prestations d'après le nombre maximum d'indemnités journalières accordées sur la base de l'article 27 LACI et des dispositions qui s'y rapportent. Aucune autre interprétation de l'article 13 CGA n'est possible sur ce point.

L'article 13 chiffre 4 LACI indique ensuite comment calculer le nombre d'indemnités journalières auxquelles la personne a encore droit en cas de période de chômage en cours. Il relève qu'en cas d'incapacité de travail d'un preneur d'assurance au bénéfice de l'assurance-chômage, les prestations correspondent aux indemnités journalières de cette assurance auxquelles le preneur d'assurance a encore droit (en allemand : « Wird ein arbeitsloser Versicherungsnehmer arbeitsunfähig, so entspricht die Leistungspflicht der B. dem dannzumal verbleibenden Anspruch auf Taggelder gegenüber der Arbeitslosenversicherung »).

La demanderesse est d'avis que cette dernière phrase peut être interprétée de plusieurs manières. En effet, le lien entre le droit aux prestations et les indemnités journalières de l'assurance chômage ne serait pas clair en raison d'une mauvaise compréhension du système prévu dans la LACI. Il serait ainsi possible de retenir en particulier les interprétations suivantes :

a. Le nombre d'indemnités journalières à verser par l'assurance correspond au solde du nombre d'indemnités de chômage auquel le preneur a droit au jour où il tombe en incapacité de travail pour cause de maladie. Exemple en faisant abstraction du délai de carence: Le chômeur a droit à un solde de 35 indemnités journalières de l'assurance chômage lorsqu'il tombe malade. Il aura donc encore droit à un solde de 35 indemnités journalières de son assurance, versées à la suite,

b. L'assurance privée doit verser ses prestations aussi longtemps que des indemnités journalières auraient dû être versées sur la base de l'assurance chômage, les indemnités journalières de l'assurance chômage n'étant versées qu'à raison de 5 indemnités par semaine (article 21 LACI). Exemple en faisant abstraction du délai de carence: si le chômeur tombe malade alors qu'il a droit à un solde de 35 indemnités journalières de l'assurance chômage, il aura droit à des indemnités journalières de son assurance privée pendant encore 7 semaines,

c. L'assurance doit verser ses prestations aussi longtemps que le droit de toucher des indemnités journalières de l'assurance chômage subsiste, à savoir soit jusqu'à ce que le preneur d'assurance ait touché l'ensemble de ses indemnités journalières dans le délai-cadre de deux ans, soit que ce délai-cadre ait pris fin sans que toutes les indemni-

tés journalières n'aient été touchées. Exemple en faisant abstraction du délai de carence: le chômeur dont le délai-cadre a débuté le 1er février 2004 et qui tombe malade début juin 2005 aura droit à des indemnités journalières de son assurance privée aussi longtemps qu'il a encore droit à un solde sur ses indemnités journalières d'assurance chômage, à savoir au plus tard jusqu'au 31 janvier 2006 s'il demeure en incapacité de travail jusqu'à la fin de son délai-cadre de chômage.

Sur la base du courrier reçu par la demanderesse le 24 juillet 2003, le mandataire de cette dernière considère que cette disposition doit être comprise pour le moins comme donnant droit à des prestations tant et aussi longtemps que l'assuré chômeur avait encore droit à des indemnités journalières et que l'on se trouvait dans le délai-cadre fixé par l'article 9 LACI.

Le courrier du 24 juillet 2003 attire l'attention sur une limitation du droit de toucher des prestations d'assurance en cas de période de chômage. Il ne renvoie cependant pas directement à l'article 13 chiffre 4 CGA. En indiquant que la protection d'assurance ne court qu'aussi longtemps qu'une prétention à des indemnités journalières de l'assurance chômage existe, cette phrase peut effectivement être comprise de différentes manières. En particulier, il est possible de l'interpréter en disant que la personne a droit à des prestations aussi longtemps qu'elle dispose, dans le courant du délai-cadre, d'un solde de prétention envers l'assurance chômage. Cependant, cette interprétation ne correspond pas avec celle que la demanderesse prétend avoir fait du contrat.

En effet, il ressort des différents courriers qu'elle a envoyés notamment pas le biais de son assurance protection juridique qu'elle pensait que B. Assurances devait verser des indemnités journalières pendant la durée prévue contractuellement, à savoir 670 jours, pour autant qu'elle tombe en incapacité de travail pendant la durée du contrat. Or, la phrase contenue dans le courrier du 24 juillet 2003 ne peut pas vouloir dire cela, puisqu'elle attire expressément l'attention de la demanderesse sur une exception à cette règle générale. En effet, le fait de dire que la couverture d'assurance n'est valable que pour autant que la demanderesse dispose d'un droit à une indemnité journalière de l'assurance chômage montre qu'il peut exister dans ce cas une limitation de la durée du droit de toucher des indemnités de l'assurance privée.

Par conséquent, il n'est pas possible, comme le prétend la demanderesse, d'interpréter le courrier du 24 juillet 2003 de la manière dont elle l'a fait dans un premier temps. Par ailleurs, elle avait à sa disposition les CGA, qui lui avaient été remises en annexe à ce courrier. Elles lui ont encore été remises lors de la nouvelle offre de contrat faite le 13 novembre 2003 par l'assurance, si bien qu'elle a eu au moins à deux reprises l'occasion de les

consulter avant d'accepter la deuxième offre de B. Assurances. Or, une simple lecture des deux premières phrases de l'article 13 chiffre 4 CGA, qui sont parfaitement claires, permet de conclure que le nombre d'indemnités auxquelles le preneur a droit lorsqu'il se trouve au chômage ne correspond pas à celui qui est prévu dans le contrat d'assurance, mais à celui prévu par les règles en matière d'assurance chômage. D'ailleurs, le calcul du montant dû en vertu du contrat d'assurance est également différent suivant que le preneur se trouve au chômage ou pas. En effet, l'article 13 chiffre 1 CGA indique que l'assurance consiste en une indemnisation limitée à 80% du dernier salaire AVS assuré dans le cadre du contrat collectif d'indemnité journalière ou, en cas de chômage, à 90% de l'indemnité journalière à laquelle le preneur d'assurance a droit. La demanderesse ne peut dès lors pas se prévaloir de sa bonne foi alors qu'elle admet ne pas avoir pris connaissance de manière attentive des conditions générales du contrat avant la conclusion de celui-ci.

S'agissant dès lors de l'article 13 chiffre 4 CGA, il faut reprendre pour déterminer l'interprétation à retenir sur la base du principe de la confiance, l'ensemble du contrat d'assurance.

Ce contrat a, selon l'article 3 CGA, pour but de couvrir les conséquences économiques de l'incapacité de travail conformément aux dispositions contractuelles contenues dans la police ainsi que conformément aux CGA. Les CGA contiennent un certain nombre de règles générales concernant le calcul de l'indemnité journalière et la durée du versement des prestations, mais également un certain nombre de dispositions particulières si la personne se trouve au chômage.

Ainsi, l'article 3 chiffre 2 CGA précise qu'en cas de chômage, les prestations assurées sont réduites à 90% des indemnités journalières versées par l'assurance-chômage. L'article 13 chiffre 1 CGA reprend cette règle en indiquant sous la nature des prestations qu'en cas de chômage, l'indemnisation est limitée à 90% de l'indemnité journalière à laquelle le preneur d'assurance a droit.

Dans ce cadre, l'article 13 chiffre 4 CGA indique que la durée du droit aux prestations en cas de chômage est calculée d'après le nombre maximum d'indemnités journalières accordées par l'assurance-chômage. En cas d'incapacité de travail d'un preneur d'assurance au bénéfice de l'assurance-chômage, les prestations correspondent enfin aux indemnités journalières de cette assurance auxquelles le preneur d'assurance a encore droit.

A la lecture de ces dispositions, on comprend que deux systèmes d'indemnisation coexistent dans le cadre de l'assurance indemnités journalières conclue par la demanderesse. D'une part, il y a le cas de la personne qui ne se trouve pas au chômage, qui a droit, en cas de maladie, à 80% du salaire assuré pendant une durée fixée par la police. En l'occurrence, il s'agit, selon le contrat conclu, de 670 jours, le montant correspondant à 80% du salaire annuel assuré de fr. 82'125.00, à savoir un montant de fr. 180.00 par indemnité journalière. Quant à la personne au chômage, son droit se calque sur celui prévu par la LACI. Ainsi, le montant de son droit aux prestations se monte à 90% de l'indemnité journalière calculée par cette assurance, à savoir un montant de fr. 246.25. Quant à la durée maximale du droit aux prestations, elle correspond au maximum à ce qui est prévu par l'article 27 LACI et les dispositions correspondantes, à savoir pour la demanderesse à 400 jours.

Dans ce contexte, la dernière phrase de l'article 13 chiffre 4 alinéa 1 LACI ne peut être interprétée, selon le principe de la confiance, qu'en se calquant sur les dispositions de la LACI. Cela signifie donc que les parties au contrat doivent se demander quel est le solde du droit aux indemnités chômages auquel a droit le preneur dans le cadre de son délai-cadre au jour où il tombe en incapacité de travail pour cause de maladie, et l'assureur est tenu de verser ce solde selon les mêmes modalités que l'assurance chômage jusqu'à l'écoulement de celui-ci.

Une interprétation du contrat fondée sur le principe de la confiance aboutit donc bien à la solution retenue par la défenderesse, qui considère qu'elle avait à verser des prestations d'assurance uniquement jusqu'au 20 août 2005.

Cette position est d'ailleurs parfaitement logique par rapport à une assurance perte de gain. En effet, comme le relève à juste titre la défenderesse, une telle assurance couvre une perte de gain effective. Dès lors que l'assuré touche des prestations de chômage, il est dès lors logique que l'assurance qui remplace le cas échéant ces prestations verse ses indemnités journalières selon les mêmes modalités que les indemnités versées en vertu de l'assurance-chômage et que le montant de la perte de revenu soit calculée sur la base des indemnités de chômage et non sur la base du dernier salaire AVS assuré et versé selon les mêmes modalités que celles prévues dans la LACI (à savoir à raison de 5 indemnités par semaine).

Quant à l'interprétation défendue à titre subsidiaire par la défenderesse selon laquelle le droit aux indemnités journalières court tant que l'assuré dispose d'un droit à des allocations de chômage pendant le délai-cadre ouvert, elle s'oppose au texte même de l'article 13 chiffre 4 CGA. En effet, le texte des CGA fait une corrélation entre le nombre

d'indemnités journalières du chômage auxquelles le preneur d'assurance a encore droit et le droit aux prestations de l'assurance privée, correspondance qui ne se retrouve pas dans l'interprétation faite par le mandataire de la demanderesse. Par ailleurs, une lecture de bonne foi de la deuxième et de la troisième phrase du premier paragraphe de ce chiffre 4 conduit à conclure que la troisième phrase parle, comme la deuxième, du nombre d'indemnités journalières, même si elle ne le dit pas expressément.

En conclusion, malgré une formulation critiquable, il n'était objectivement pas possible à la demanderesse d'interpréter la phrase du courrier du 24 juillet 2003 de la manière dont elle prétend l'avoir compris, à savoir que le droit aux prestations prévues dans la police d'assurance lui était ouvert en cas de chômage si elle tombait malade pendant la durée du contrat. Une interprétation selon le principe de la confiance de l'article 13 chiffre 4 CGA applicable au contrat d'assurance permet de conclure que B. Assurances, respectivement la défenderesse, entend calquer le versement de ses indemnités journalières en cas de maladie, dans l'hypothèse d'un preneur d'assurance se trouvant au chômage, sur celui prévu dans la LACI et ses ordonnances. La rédaction de cet article doit être considérée comme précise et sans équivoque, si bien qu'il n'y a pas de place pour une interprétation contra stipulatorem. La demanderesse, qui n'a pas pris connaissance de manière détaillée des CGA avant de conclure le contrat, ne peut reprocher à la défenderesse de ne pas avoir attiré son attention sur les règles particulières en matière de personne au chômage, même si une formulation plus claire de cette mise en garde aurait été souhaitable.

Par conséquent, les conclusions tant en constatation qu'en condamnation doivent être rejetées.

3. En vertu du nouvel article 85 alinéa 3 LSA (anciennement art. 47 al. 3 LSA), la procédure est gratuite, sauf témérité. Au cas d'espèce, la demanderesse ne peut être qualifiée de téméraire, si bien que la procédure est gratuite.

Il n'y a pas lieu d'allouer des dépens à la défenderesse qui n'en a pas réclamés.

Par ces motifs

Le Président 2 de l'arrondissement judiciaire I Courtelary-Moutier-La Neuveville

déboute

la demanderesse de toutes ses conclusions,

dit

que la procédure est gratuite,

n'alloue pas

de dépens à la défenderesse,

ordonne

la notification du présent jugement aux parties.

Le Président 2:

Le Greffier :

Ph. Beuchat

R. Arn

Moyens de droit

Il peut être interjeté appel de ce jugement dans les 10 jours dès sa notification en s'adressant, par écrit, à l'arrondissement judiciaire I Courtelary-Moutier-La Neuveville à l'attention de la Cour d'appel du canton de Berne. La déclaration d'appel indiquera en quoi l'appelant(e) réclame la réformation du jugement de première instance et quels sont les points sur lesquels il entend que preuve soit faite encore (art. 338 et 339 Cpcb).