

# RÉPUBLIQUE ET CANTON DU JURA

TRIBUNAL CANTONAL  
CHAMBRE DES ASSURANCES

---

*Amal 177/06*

Président a.h. : Gérard Piquerez  
Juges : Pierre Boinay et Daniel Logos  
Greffière : Sylviane Liniger Odiet

## **ARRÊT DU 19 juillet 2007**

en la cause liée entre

X

- représentée par **Me Claude Bragger**, avocat à Tavannes,

**demanderesse,**

et

**Y Assurances SA,**

**défenderesse,**

---

**CONSIDÉRANT****En fait :**

**A. X a travaillé auprès de l'entreprise N SA, à Delémont, comme ouvrière à l'étampage. En cette qualité, elle était assurée contre la perte de gain en cas de maladie par un contrat d'assurance collective d'indemnités journalières, soumis à la LCA, conclu par son employeur auprès de La S Assurances contre les accidents (ci-après : La S). Ce contrat prévoyait comme prestations une indemnité journalière de 80 % du salaire déterminant pendant une durée de 670 jours.**

**Par courrier du 8 janvier 2004, le Dr P a attesté une incapacité de travail 100 % dès le 5 septembre 2003, pour cause de douleurs cervicales, dorsales et des membres supérieurs. La S a alloué les prestations contractuelles conformément au contrat d'assurance. Par la suite, elle a invité son assurée à se rendre en consultation auprès de son médecin-conseil, le Dr H. Celui-ci a estimé que les douleurs ressenties étaient probablement d'origine musculaire et qu'il n'existait aucune affection somatique ou psychique susceptible de justifier la poursuite d'un arrêt de travail au-delà de la mi-mars 2004. Si ces affections ne permettaient plus à l'assurée de poursuivre son travail actuel, elles étaient compatibles, selon lui, avec la poursuite à temps complet d'un travail léger sans port de lourdes charges et épargnant les épaules.**

**Par courrier du 26 mars 2004, La S a informé son assurée qu'il était impératif qu'elle prenne contact avec son employeur afin que ce dernier la libère de ses obligations à son égard dès le 1<sup>er</sup> avril 2004 ou qu'il mette sur pied un poste de travail adapté, sans port de charges lourdes et épargnant les épaules, activité dans laquelle il existe une pleine capacité de travail. La S a signifié à son assurée qu'elle mettrait fin aux prestations au 31 mars 2004.**

**Dans l'intervalle, par courrier du 2 avril 2004, l'employeur a résilié le contrat de travail de la demanderesse avec effet au 30 juin 2004.**

Par lettre du 31 mars 2004, l'assurée a contesté avoir recouvré sa capacité de travail et demandé le versement des indemnités journalières. Plusieurs certificats médicaux attestant d'une incapacité de travail de 100 % ont été produits.

Par la suite, le contrat d'assurance collective a été repris par Y Assurances SA (ci-après : Y). Celle-ci a maintenu, par courrier du 30 décembre 2005, le refus d'allouer des prestations.

- B. Le 3 février 2006, X a ouvert action contre Y devant la Cour de céans. Elle a conclu à ce que l'intimée soit condamnée à lui verser telle somme dire de justice d'au moins Fr 8'080.60 à titre d'indemnités journalières, plus intérêts 5 % dès le 10 janvier 2006, sous suite des frais et dépens, conclusions amplifiées Fr 41'938.35 en cours de procédure. A l'appui de sa demande, elle fait valoir que l'avis du Dr Y n'est pas pertinent et qu'il est d'ailleurs contredit par les autres rapports médicaux. Partant, elle a droit aux prestations de l'assurance, dès lors qu'elle était en incapacité de travail totale depuis le 15 septembre 2003 jusqu' au 1<sup>er</sup> décembre 2005.
- C. Dans son mémoire de réponse du 10 avril 2006, Y a conclu au rejet de la demande. Elle ne conteste pas le fait que la demanderesse n'a pas une capacité de travail totale en tant qu'étampeuse. Par contre, elle soutient que dans une activité adaptée à sa situation, sa capacité de travail est totale. Par conséquent, elle était légitimée à mettre fin aux prestations qu'elle allouait jusqu'alors à la demanderesse. Elle reconnaît toutefois ne pas lui avoir imparti un délai de quelques mois pour se trouver un emploi adéquat, conformément à ce que prévoit la jurisprudence. Toutefois, la question est sans intérêt, puisque durant la période du 1<sup>er</sup> avril au 30 juin 2004, la demanderesse a perçu son salaire normalement de la part de son employeur, à qui les indemnités journalières étaient versées par l'assurance. Enfin, le passage à l'assurance individuelle dès le 1<sup>er</sup> juillet 2004 n'a pas entraîné pour la demanderesse une prolongation du versement des indemnités journalières dès cette date. En effet, à partir de fin mars 2004, elle possédait une pleine capacité dans une profession légère et elle devait être considérée comme apte au placement. Elle devait donc s'annoncer auprès de l'assurance-chômage à qui il appartenait d'indemniser la perte de gain au cas où la demanderesse n'aurait pas

trouvé d'emploi dans une profession adaptée. C'est donc uniquement dans l'hypothèse d'une aggravation de son état de santé — hypothèse non réalisée — qui l'aurait empêchée d'exercer même une profession plus légère que l'assurance individuelle d'indemnités journalières aurait pu lui être allouée.

- D. Dans sa prise de position du 3 mai 2006, la demanderesse a allégué que son état de santé s'est fortement détérioré depuis l'époque où elle percevait des indemnités journalières de la part de La S Assurances. Les rapports des Dr V et O, des 29 mars 2005, 10 mai 2005, 1<sup>er</sup> décembre 2005 et 7 mars 2006, font état d'une incapacité de travail à 100 %.

Dans la mesure où le contrat collectif prévoit un droit aux prestations de 670 jours, il reste encore 471 jours pendant lesquels la demanderesse a droit à des indemnités. A ce jour, la demanderesse a droit au versement de Fr 41'938.35 à titre d'indemnités journalières, plus intérêt à 5 % dès le 5 juin 2005.

- E. Dans sa duplique du 17 mai 2006, la défenderesse a allégué derechef que la demanderesse avait été informée de son obligation de diminuer le dommage et que, faute de la contester, elle devait s'y plier. C'est donc logiquement et à bon droit que le versement de l'indemnité journalière a été stoppé à fin mars 2004.

Quant à la péjoration de l'état de santé de la demanderesse, Y fait valoir que les avis médicaux attestent d'une incapacité de travail à 100 % dans la profession exercée jusqu'au début de son incapacité de travail, mais ne mentionnent pas quelle serait la capacité de travail de la demanderesse dans une profession adaptée.

- F. Par arrêt du 30 août 2006, la Chambre des assurances a adjugé partiellement la demande, condamné Y à verser à X la somme de Fr 33'550.70 avec intérêt à 5 % dès le 5 juin 2005 et lui a alloué une indemnité de dépens de Fr 7'500.- à payer par Y.

La Chambre des assurances a tout d'abord examiné la question de l'obligation, incombant à l'assuré, de diminuer le dommage, notamment par un changement de

profession. Pour ce faire, un délai adéquat doit être accordé à l'assurée. La Chambre des assurances a constaté que la Y n'a pas impartit à son assuré un délai suffisant et que, de ce fait, elle ne pouvait imposer à son assurée un changement de profession afin de diminuer le dommage.

Dans un second temps, la Chambre des assurances a toutefois relevé que les conséquences du non-respect de la procédure n'avaient pas à être examinées, aux motifs qu'une demande de prestations AI avait été déposée par X le 22 mars 2004 et que les prestations d'indemnités journalières, bien qu'elles relèveraient de la LCA, devaient être allouées sur la base de l'article 70 al. 2 lit. a LPGA, soit au titre de prise en charge provisoire des prestations.

- G. Le 9 novembre 2006, Y a déposé un recours en réforme auprès du Tribunal fédéral, concluant à ce qu'il soit dit qu'elle n'est débitrice envers la défenderesse ni de la somme de Fr 33'550.70 avec intérêt dès le 5 juin, ni de l'indemnité de dépens de Fr 7'500.-.
- H. Par arrêt du 20 décembre 2006, le Tribunal fédéral a admis le recours, considérant que l'article 70 LPGA ne trouvait pas application, dès lors que les prétentions de la demanderesse se fondaient sur un contrat d'assurance privée. En outre, l'arrêt querellé ne comportait aucune constatation sur la définition de la capacité de gain convenue par les parties, de telle sorte qu'il n'était pas possible de déterminer si la demanderesse avait droit aux prestations qu'elle réclame sur la base de l'assurance collective. Dès lors, il y avait lieu de renvoyer la cause à l'autorité cantonale pour qu'elle complète l'état de fait aux fins de déterminer si les parties ont voulu indemniser une incapacité concrète de réaliser un revenu impliquant une perte patrimoniale effective ou une incapacité d'exercer la profession ou de déployer une autre activité que l'on peut légitimement attendre de l'assuré, indépendamment du dommage subi. Ce n'est ainsi que s'il est établi, conformément aux règles de procédure cantonale, qu'il y a incapacité de gain selon les conditions convenues, que l'autorité cantonale devra examiner si l'assurée s'est conformée à l'obligation de réduire le dommage, prévu par l'article 61 LCA.

- I La demanderesse n'a pas fait connaître sa détermination finale au sujet de la demande, dans le délai imparti par ordonnance du 24 avril 2006.

Quant à la défenderesse, elle a fait valoir, dans son écriture du 29 juin 2007, que la question de l'incapacité de gain est clairement définie par les CGA applicables, notamment l'article 10. Selon elle, il s'agit clairement d'une assurance de dommage servant à indemniser une incapacité concrète de réaliser un revenu impliquant une perte patrimoniale effective. En l'occurrence, au vu des pièces médicales au dossier, il est établi que la demanderesse avait recouvré une pleine capacité de travail dans une profession adaptée, raison pour laquelle les indemnités journalières ont été interrompues conformément à son obligation de diminuer le dommage.

S'agissant du grief de violation de l'article 61 LCA, la défenderesse pose en fait que la durée raccourcie du délai d'adaptation imposée à son assurée ne lui a causé aucun préjudice du fait qu'elle a perçu normalement son salaire jusqu'au 30 juin 2004. En tout état de cause, dans le pire des cas, seul le versement de l'indemnité durant la durée du délai d'adaptation prolongée pourrait être décidé.

Enfin, conformément à l'article 22 al. 2 des CGA, applicable aux assurances collectives d'indemnités journalières, les prestations pour les maladies en cours en cas de cessation de couverture d'assurance peuvent être allouées pour 180 jours au maximum.

En droit :

1. Il y a lieu en premier lieu de définir l'incapacité de gain telle qu'elle ressort des CGA, puis, le cas échéant, d'examiner le grief pris de la violation de l'article 61 LCA et de fixer la durée du versement de l'indemnité journalière qui serait encore due.
- 2.
- 21 La loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA) établit une distinction bipartite de l'assurance, entre l'assurance contre les dommages et l'assurance des personnes.

On parle d'assurance contre les dommages lorsque la prestation de l'assureur consiste à indemniser l'assuré pour un dommage qu'il a subi. En revanche, on utilise généralement le terme d'assurance des personnes lorsqu'un événement (décès, accident, maladie) affecte la personne de l'assuré et qu'une prestation fixe est versée. Dans l'assurance des personnes, l'assureur verse à l'assuré, lorsque l'événement assuré se produit, une somme fixée dans le contrat d'assurance, d'où la terminologie d'assurance de somme (KUHN/MONTAVON, Droit des assurances privées, p. 85).

L'assurance des personnes se caractérise, par rapport à l'assurance contre les dommages, par sa nature non indemnitaire. Elle est une promesse de capital, indépendante du montant effectif du préjudice subi par le preneur ou l'ayant droit. Ainsi, même dans le cas d'une assurance qui, comme celle contre les accidents, a pour objet une personne physique, on est en présence d'une assurance des personnes uniquement lorsque les parties au contrat d'assurance n'ont subordonné la prestation de l'assureur — dont elles ont fixé le montant lors de la conclusion du contrat — qu'à la survenance de l'événement assuré, sans égard à ses conséquences pécuniaires; on est en revanche en présence d'une assurance contre les dommages lorsque les parties au contrat d'assurance ont fait de la perte patrimoniale effective une condition autonome du droit aux prestations (TF 5C. 19/2006, du 21 avril 2006, consid. 2.1 et les références de doctrine et de jurisprudence).

**2.2** En l'espèce, aux termes de l'article 10 CGA, "il y a incapacité de travail lorsque par suite de maladie ou d'accident couvert par l'assurance, l'assuré n'est totalement ou partiellement plus en mesure d'exercer sa profession ou une autre activité lucrative raisonnablement exigible".

Il résulte de la disposition précitée que la police d'assurance couvrant le risque d'incapacité de gagner doit être qualifiée d'assurance contre les dommages du fait que l'indemnité journalière est due lorsque l'assuré est dans l'incapacité d'exercer sa profession ou une autre activité lucrative que l'on peut légitimement attendre de lui. C'est donc l'incapacité de gain concrète dépendant de la profession de l'assuré et des circonstances du cas particulier qui entre seule en considération. Les parties ont ainsi voulu indemniser une incapacité concrète de réaliser un revenu impliquant une perte patrimoniale effective, de telle sorte que l'on est en présence d'une assurance contre les dommages (RBA XVI, no 44).

**2.3** Selon la défenderesse, la recourante a recouvré une pleine capacité de travail dans une profession adaptée, raison pour laquelle elle a cessé le versement des indemnités journalières conformément à l'obligation de diminuer le dommage à laquelle est tenu tout assuré. La défenderesse ajoute qu'elle s'est adressée à différentes reprises à l'assurée, notamment par courrier du 10 mars 2004 ou du 26 mars 2004 et qu'elle a ainsi suffisamment averti cette dernière qu'elle était tenue de changer de profession.

La demanderesse conteste cette manière de voir, car elle pose en fait, d'une part, qu'à aucun moment la défenderesse ne lui a imparti un délai adéquat pour changer de profession et qu'elle ne l'a pas rendue attentive aux conséquences éventuelles dans l'hypothèse où un tel changement n'interviendrait pas; d'autre part, elle conteste avoir recouvré sa pleine capacité de travail, étant toujours incapable de travailler. De ce fait, la défenderesse n'était pas en droit de cesser de verser les indemnités journalières à partir du 1<sup>er</sup> avril 2004.

**2.4** Selon l'article 61 LCA, lors du sinistre, l'ayant droit est obligé de faire tout ce qui est possible pour restreindre le dommage. Si l'ayant droit contrevient à cette obligation de manière inexcusable, l'assureur peut réduire l'indemnité au montant auquel il serait ramené si l'obligation avait été remplie. L'obligation de l'assuré de réduire le dommage est un principe essentiel du droit des assurances (sociales et privées) qui est parfois rappelé expressément par la loi (cf. notamment art. 21 al. 4 LPG, ainsi que 18 al. 3 et 4 LAM).

En droit privé, l'obligation de l'assuré d'accepter les mesures diminuant l'invalidité se fonde sur l'article 44 CO, par le biais des articles 100 LCA et 99 al. 3 CO.

**2.5** Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 5C. 176/1998, du 23 octobre 1998, consid. 2c et 5C. 211/2000 du 8 janvier 2001, consid. 4c), l'article 61 LCA est l'expression du même principe général dont le Tribunal fédéral des assurances a déduit, en matière d'assurance d'indemnités journalières soumise au droit des assurances sociales, l'obligation de l'assuré de diminuer le dommage par un changement de profession lorsqu'un tel changement peut raisonnablement être exigé de lui, pour autant que l'assureur l'ait averti à ce propos et lui ait donné un délai adéquat. Selon cette jurisprudence, applicable également dans le domaine de l'assurance collective d'indemnités journalières selon la LCA, lorsque l'assuré doit envisager un changement de profession en regard de l'obligation de diminuer le

dommage, la caisse doit l'avertir à ce propos et lui accorder un délai adéquat — pendant lequel l'indemnité journalière versée jusqu'à présent est due — pour s'adapter aux nouvelles conditions ainsi que pour trouver un emploi. Dans la pratique, un délai de trois à cinq mois imparti dès l'avertissement de la caisse doit en règle générale être considéré comme adéquat (ATFA K.14/99 du 7 février 2000, reproduit in : RAMA 2000, 112/122, consid. 3a).

En l'espèce, comme elle l'admet d'ailleurs, la défenderesse s'est contentée d'informer son assurée du fait que son employeur n'avait pas la possibilité de mettre à sa disposition un poste de travail adapté et que, dans ces conditions, elle mettait fin à ses prestations à compter du 31 mars 2004 (cf. lettre de la S Assurances du 26 mars 2004, PJ 12). A aucun moment, elle n'a averti la demanderesse du fait qu'elle était tenue de changer de profession pour diminuer son dommage ni ne lui a imparti un délai adéquat cet effet, notamment pour trouver un emploi chez un autre employeur, dans une autre profession. Enfin, elle ne l'a aucunement rendue attentive aux conséquences du non-respect de l'obligation de se trouver un emploi adapté. Cette manière de procéder ne saurait être opposée à la demanderesse, cela d'autant plus qu'elle s'est vue licenciée, qu'elle a toutefois continué à percevoir son salaire et qu'elle a toujours contesté la manière de voir de la défenderesse, à savoir que l'incapacité de travail dont elle était affectée l'empêchait d'exercer une activité lucrative normale, et pas seulement dans le domaine de l'étampage. De même, elle a contesté les conclusions du Dr H.

Dans ces circonstances, force est d'admettre que la défenderesse, respectivement La S Assurances, n'a pas respecté la procédure prévue par la jurisprudence et qui permet d'imposer un changement de profession à l'assuré afin de diminuer son dommage et, le cas échéant, de supprimer ou de réduire les prestations d'assurance. Or, la jurisprudence et la doctrine unanimes considèrent comme une nécessité absolue le fait d'impartir à l'assuré un délai adéquat (KIESER, ATSG-Kommentar, nos 69, 70 et les références).

Il s'ensuit que la défenderesse n'était pas en droit de supprimer les indemnités journalières à partir du 1er avril 2004.

- 2.6 Il convient donc d'examiner le droit aux prestations d'assurance de la demanderesse, sans égard à l'obligation de réduire le dommage conformément à l'article 61 LCA.

Il ressort des avis médicaux que la capacité de travail entière de la demanderesse n'est donnée que dans une activité légère. A contrario, comme l'attestent, le Dr V, l'incapacité de la demanderesse a perduré au-delà du 1er avril 2004, dans son activité d'étampeuse. Cette incapacité de travail est confirmée par le rapport du Dr P du 1er décembre 2005 (RI 32).

3. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 127 III 106, consid. 3 et 5C. 74/2002, consid. 2a), dans l'assurance collective d'indemnités journalières selon la LCA, le droit aux prestations ne dépend pas d'une affiliation, contrairement à ce qui est le cas — selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances — de l'assurance collective d'indemnités journalières selon les articles 67ss LAMal; partant, l'assuré qui, après un événement ouvrant le droit aux prestations, sort d'une assurance collective parce qu'il cesse d'appartenir au cercle des assurés défini par le contrat, peut faire valoir son droit aux prestations également pour les suites de l'événement qui se produisent après l'extinction du rapport d'assurance, sous réserve d'éventuelles clauses conventionnelles limitant ou supprimant le droit aux prestations au-delà de la période de couverture.

En l'espèce, le droit aux prestations est limité par l'article 22 al. 2 des CGA qui énonce qu'en cas d'extinction de la couverture d'assurance selon l'al. 1 litt. a ou b (en l'occurrence lorsque l'assuré cesse d'appartenir au cercle des assurés), les prestations pour les maladies ou les accidents en cours sont encore allouées pendant 180 jours, au plus tard jusqu'au moment où s'ouvre le droit à une rente selon la LPP. Cette prolongation des prestations est caduque si l'assuré exerce un droit de libre-passage, maintient son assurance comme assurance individuelle ou met volontairement fin à son activité professionnelle.

La résiliation du contrat de travail étant intervenue le 2 avril 2004 avec effet au 30 juin 2004, il s'ensuit qu'à partir du 1er juillet 2004 l'indemnité journalière est encore due pendant 180 jours.

L'incapacité de travail dont souffre la recourante dans son activité d'étampeuse étant attestée médicalement, il s'ensuit que la défenderesse doit être condamnée à verser à son assurée la somme de Fr 12'821.90 (Fr 2'500.- x 13 x 80 % / 365 x 180)

à titre d'indemnités journalières. Cette somme porte intérêt à 5 % depuis le dépôt de la demande.

- 4 La défenderesse qui succombe partiellement doit être condamnée à supporter une indemnité réduite de dépens étant pour le surplus constaté que la procédure est gratuite.

**PAR CES MOTIFS**

**LA CHAMBRE DES ASSURANCES**

**adjudge partiellement**

la demande;

**condamne**

la défenderesse à verser à la demanderesse la somme de Fr 12'821.90 avec intérêt à 5% dès le 2 février 2006;

**déboute**

les parties de toutes autres conclusions;

**dit**

que la procédure est gratuite;

**condamne**

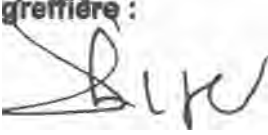
la défenderesse à payer à la demanderesse une indemnité de dépens de Fr 4'500.-, débours et TVA compris;

## Informe

les parties des possibilités de recours selon avis ci-après.

Porrentruy, le 19 juillet 2007

### AU NOM DE LA CHAMBRE DES ASSURANCES

greffière :  
 La   
 Sylviane Liniger Odiet

Gérard Piquerez

#### A notifier :

- à la demanderesse par son mandataire, **Me Claude Brügger, avocat d Tavannes ;**
- à la défenderesse, **Y Assurances SA,**
- **d l'Office fédéral des assurances privées, Friedheimweg 14, 3007 Berne.**

#### Communication concernant les moyens de recours :

Un **recours en matière civile** peut être déposé contre le présent jugement auprès du Tribunal fédéral, conformément aux dispositions de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral (L TF - RS 173.110), en particulier aux art. 42, 72 ss. et 90 ss. LTF, dans un délai de **30 Jours** d partir de la date où ce jugement vous a été notifié (art. 100 LTF). Ce délai ne peut pas être prolongé (art. 47 al. 1 LTF).

Le mémoire de recours sera adressé au Tribunal fédéral, 1000 Lausanne 14. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. Le recourant doit exposer succinctement en quoi l'acte attaqué viole le droit (art. 42 al. 2 LTF). Le recourant ne peut critiquer les constatations de fait que si/les faits ont été établis de façon manifestement inexacte ou en violation du droit au sens de l'art. 95, et si la correction du vice est susceptible d'influer sur le sort de la cause (art. 97 al. 1 LTF).

Le présent jugement et les pièces invoquées comme moyens de preuve en possession du recourant doivent être joints au mémoire (art. 42 al. 3 LTF).