



RÉPUBLIQUE ET CANTON DU JURA

TRIBUNAL CANTONAL

CHAMBRE DES ASSURANCES

---

Amal 172 / 07

Président : Pierre Boinay  
Juges : Daniel Logos et Sylviane Liniger Odiet  
Greffière : Frédérique Comte

**ARRET DU 13 NOVEMBRE 2008**

en la cause liée entre

X

- représenté par **Me Serge Beuret**, avocat à Delémont,

**demandeur,**

et

A **Compagnie d'Assurances,**

- représentée par **Me Marc Wollmann**, avocat à Bienne,

**défenderesse.**

---

**CONSIDERANT**

**En fait :**

A. X (ci-après : le demandeur), né en 1952, a travaillé jusqu'au 30 juin 2002 pour le compte de la société Y à Delémont. En sa qualité d'employé, il était assuré contre la perte de gain en cas de maladie par contrat collectif auprès de A Assurances (ci-après : la défenderesse).

B. Le 28 juin 2002, le demandeur a été victime d'un accident de travail qui a nécessité l'amputation de la phalange distale du majeur gauche. Il s'est annoncé auprès de l'Office de l'assurance invalidité du canton du Jura le 16 juin 2003 et a requis des mesures d'ordre professionnel sous forme de reclassement dans une nouvelle profession.

Le stage d'observation organisé par l'office AI n'a pas permis l'organisation d'une formation en entreprise du fait que celle-ci a dû être différée en raison de l'apparition de problèmes rachidiens qui ont provoqué une incapacité de travail, d'abord totale du 24 avril au 16 août 2004, puis de 50 %. La formation en entreprise s'est finalement déroulée du 16 août 2004 au 27 février 2005 qui a permis d'aboutir à un bilan de compétences positif malgré une capacité médicalement attestée de 50 %.

L'office AI a encore confié une expertise au Dr E, chirurgien orthopédique qui a conclu que l'exercice d'une activité légère, sans travaux de précision et permettant l'alternance des positions était exigible à plein temps, avec une perte de rendement de 10 %.

Par décision du 28 septembre 2005, confirmée sur opposition le 19 janvier 2006, l'office AI a nié le droit d'X à une rente d'invalidité aux motifs que les affections mises en évidence par l'expert laissaient apparaître une capacité résiduelle de travail de 90 % dans une activité adaptée, ce qui correspondait à un degré d'invalidité de 6,92 % après comparaison des revenus.

C. Le demandeur a déféré la décision sur opposition à la Chambre des assurances du Tribunal cantonal jurassien, qui l'a débouté et au Tribunal fédéral qui a rejeté son recours de droit administratif aux motifs que le rapport d'expertise du Dr E était parfaitement cohérent et que c'est logiquement qu'il a déduit une pleine capacité de travail avec baisse de rendement de 10 %.

D. En date du 21 février 2006, la défenderesse a informé le demandeur de son intention de mettre fin aux indemnités journalières du fait que la décision sur opposition émise par l'assurance invalidité le 16 janvier 2006 confirmait la décision initiale constatant que la perte de revenu du demandeur était inférieure à 7 %. Or, selon l'article 10e des conditions générales d'assurance, en cas d'incapacité de

travail d'au moins 25 %, A paie une indemnité journalière proportionnelle au degré d'incapacité. Dès lors, étant donné que le taux d'incapacité de travail n'atteint pas 25 %, elle ne pourra plus verser de prestations.

Par lettre du 23 août 2006, la défenderesse a informé le demandeur que, de l'avis de son médecin-conseil, le problème de l'incapacité de travail ne pouvait se poser que pour des raisons psychiques. De ce fait, elle s'est adressée à son psychiatre, le Dr F, qui a précisé, dans un courrier daté du 5 août 2006, que la situation psychique du défendeur s'était stabilisée depuis le mois de mars 2006 et qu'à aucun moment "il n'a été question de raisons psychiques qui auraient justifié une incapacité de longue durée. A mon avis, il n'y a effectivement pas de raisons psychiatriques pouvant justifier une incapacité de travail à moyen ou long terme et je n'ai à aucun moment dû prendre position sur cette question, à part votre questionnaire du 10.5.06".

En outre, la défenderesse a constaté que le demandeur s'était absenté de son domicile pendant plusieurs jours et qu'il n'a pas répondu aux convocations.

Ainsi, conformément à ce qu'a décidé l'assurance-invalidité, le demandeur est apte à travailler, de telle sorte que son incapacité de travail n'est plus attestée médicalement, ce qui justifie l'arrêt du versement des indemnités journalières.

E. Par mémoire du 4 décembre 2007, X, par son mandataire, a introduit une action de droit administratif contre A Assurances. Ses conclusions tendent à :

1. Condamner la défenderesse à payer au demandeur, à titre d'indemnités journalières, pour la période du 1<sup>er</sup> juillet 2006 au 30 novembre 2006, un montant de Fr 15'858.45, avec intérêts à 5 % dès le dépôt de la présente demande.
2. Sous suite des frais et dépens.

En substance, X conteste l'argumentation de la défenderesse selon laquelle l'incapacité de travail du demandeur n'est plus justifiée médicalement. En effet, différents avis médicaux figurant au dossier affirment le contraire. Ainsi, le Dr F, psychiatre, indique que la situation psychique du demandeur s'est stabilisée depuis le début de son suivi. Toutefois, à aucun moment il n'affirme que

l'état psychique du demandeur s'est amélioré. Ensuite, ce praticien affirme uniquement qu'il n'a jamais été question de raisons psychiques qui auraient justifié une incapacité en se référant exclusivement à l'accident subi par le demandeur en 2002. Il n'a jamais prétendu que l'état psychique du demandeur n'était pas atteint pour d'autres causes. Ce que confirme le Dr G lorsqu'il écrit que l'état psychique de son patient devait être pris en compte comme justifiant une incapacité de travail.

Quant à l'avis du Dr H, le demandeur fait valoir qu'il n'a jamais été admis comme juste et adéquat par le médecin traitant, le Dr G. Au contraire, selon ce dernier, l'état d'angoisse post-traumatique du demandeur était réel et nécessitait d'être pris en compte.

Enfin, les certificats médicaux établis par le Dr G prouvent clairement que le demandeur était en incapacité totale de travailler de juillet à novembre 2006.

Enfin, s'agissant de l'absence du demandeur de son domicile, il fait valoir qu'il n'existait aucune contre-indication médicale à ce qu'il se rende à l'étranger et que ses vacances avaient été prises avec l'accord de son médecin traitant. De même, si le demandeur n'a pas répondu favorablement à la convocation de la défenderesse, cela est dû à une erreur de transmission des lettres qui ont été remises à son frère.

Dès lors et au vu de ce qui précède, il apparaît que la défenderesse doit verser au demandeur les indemnités journalières entières pour les mois de juillet à novembre 2006, soit pour une durée de 153 jours.

F. Dans sa réponse du 14 février 2008, la défenderesse a conclu au débouté du demandeur de toutes ses conclusions et au rejet de la demande, sous suite des frais et dépens.

A l'appui de son mémoire, elle fait valoir qu'elle n'est pas tenue de se fonder sur une décision de l'office AI entrée en force de chose jugée pour cesser de verser les indemnités journalières. Elle n'est en effet tenue, conformément aux CGA d'octroyer des indemnités journalières uniquement en cas d'incapacité partielle de travail d'au moins 25 %. Or, il ressort de la décision de l'Office de l'assurance-invalidité que le degré d'invalidité du demandeur s'élève à 6,92 %, ce qui constitue un indice tendant

à démontrer que la condition d'une incapacité partielle de travail d'au moins 25 % n'est pas remplie. En outre, le taux précité d'incapacité de travail a été confirmé tant par la Chambre des assurances du Tribunal cantonal jurassien que par le Tribunal fédéral.

S'agissant de l'avis du Dr F, celui-ci n'est pas sujet à interprétation. Il est en effet clairement établi que le demandeur a consulté ce spécialiste à la suite du malaise intervenu en janvier 2006 et non de l'accident datant de 2002.

Pour ce qui est de l'avis du Dr H, médecin-conseil, il répond à tous les critères de fiabilité exigés par la jurisprudence du Tribunal fédéral. Tel n'est pas le cas, en revanche, de l'opinion du Dr G qui doit être accueillie avec précaution étant donné la relation de confiance qui l'unit à son patient. En outre, l'avis d'un expert tel que le Dr H ne saurait être mis en doute par un médecin traitant.

Enfin, contrairement à ce qu'allègue le demandeur, il n'était pas autorisé à prendre des vacances sans l'aval de A, ainsi qu'en dispose l'article 10 litt. c CGA qui prévoit qu'un assuré malade qui se rend à l'étranger sans l'assentiment de A, n'a, de toute façon, droit aux prestations que dès la date de son retour. L'avis du médecin traitant est donc sans pertinence.

En dernier lieu, il convient de relever, par surabondance de droit, que, même dans l'hypothèse où l'incapacité de travail a perduré sans interruption dès le 24 avril 2004, le demandeur aurait droit aux prestations de l'assurance collective jusqu'au 23 avril 2006 au plus tard (durée des prestations de 728 jours après un délai d'attente de 2 jours). Au-delà de cette date, le demandeur ne peut plus prétendre à des prestations de la part de la défenderesse, étant précisé qu'en servant des indemnités journalières jusqu'au 30 juin 2006, la défenderesse a versé au demandeur des prestations indues, soit 68 indemnités journalières à Fr 103.65, pour un total de Fr 7'048.20. En tant que besoin, la défenderesse se prévaut de la compensation de ce montant avec toutes éventuelles créances qui seraient, par impossible et contre toute attente, reconnues au demandeur.

**En droit :**

1. Le présent litige porte sur des prétentions découlant d'un contrat d'assurance collective d'indemnités journalières selon la LCA, ce qu'admettent les deux parties. Ce genre de litige doit être porté devant la Chambre des assurances en vertu de l'article 28 LiLAMal – cela même si le contrat d'assurance est régi par la LCA, du fait que l'assurance collective d'indemnités journalières est considérée par la jurisprudence comme une assurance complémentaire à l'assurance-maladie (ATF 127 III 106 et 5C. 42/2005, du 21 avril 2005). La Chambre des assurances est donc compétente pour connaître de l'action introduite. La procédure se déroule dans les formes prévues par le Code de procédure administrative, en faisant application par analogie des règles relatives à l'action de droit administratif (arrêt de la Chambre administrative du 9 février 1999 en la cause E), sous réserve des dispositions de l'article 85 LSA.

Introduite dans les forme et délai légaux, l'action est recevable et il convient d'entrer en matière.

2. Est litigieuse la question du degré d'incapacité de travail et donc du principe du droit aux indemnités journalières, ainsi que la question de la durée de la couverture d'assurance en indemnités journalières au-delà de la période du 24 avril 2006.
- 2.1 Conformément à l'article 10 litt. a et e CGA, A paie l'indemnité journalière convenue pendant la durée de l'incapacité de travail attestée par le médecin, mais au plus tôt après l'expiration du délai d'attente indiqué dans la police. Les attestations d'incapacité de travail faites à l'avance ne sont reconnues que pour une durée d'un mois au maximum. Si le montant de l'indemnité journalière est fondé sur le gain, la perte de gain est l'objet de l'assurance (litt. a).

En cas d'incapacité partielle de travail d'au moins 25 %, A paie une indemnité journalière proportionnelle au degré d'incapacité; toutefois, si l'indemnité journalière est fondée sur le gain (art. 13), elle paie au maximum jusqu'au montant de l'indemnité journalière assurée. Les jours d'incapacité partielle de travail sont comptés en plein pour le calcul de la durée des prestations et du délai d'attente (litt. e).

2.2 Dans le cas présent, la défenderesse s'est basée sur la décision de l'Office de l'assurance-invalidité pour cesser le versement des indemnités journalières, décision qui s'appuyait principalement sur l'expertise confiée au Dr E, chirurgien orthopédique qui a conclu que dans l'exercice d'une activité légère, sans travaux de précision et permettant l'alternance des positions était exigible à plein temps, avec une perte de rendement de 10 %, de telle sorte que les affections mises en évidence par l'expert laissaient apparaître une capacité résiduelle de travail de 90 % dans une activité adaptée. Cette expertise a été jugée probante par le Tribunal fédéral, de telle sorte qu'il n'y a pas lieu de la remettre en cause. En outre, le fait qu'au moment où elle a cessé ses prestations, la décision de l'Office de l'assurance invalidité n'était pas encore en force importe peu, cette décision ayant été confirmée par la suite par les différents tribunaux saisis. En outre, ce qui importe, conformément aux CGA pour fixer le taux de l'incapacité de travail, c'est qu'il existe un avis médical.

La défenderesse s'est en outre basée sur l'avis de son médecin-conseil, le Dr H, qui a donné un avis médical établi de manière circonstanciée, à la suite d'un examen clinique de l'assuré et en considération d'une anamnèse complète, des plaintes du demandeur et des différents avis médicaux figurant au dossier.

Enfin, la défenderesse a correctement apprécié l'avis du Dr F, psychiatre, qui a clairement précisé qu'il n'existait plus au printemps 2006 de troubles psychiques qui auraient justifié une incapacité de longue durée.

Il suit de ce qui précède que ces différents avis médicaux concordent pour constater que le demandeur ne subit pas d'incapacité de travail supérieure à 10 %.

2.3 Le demandeur oppose à ces différents avis circonstanciés les certificats médicaux établis par le médecin traitant, le Dr G, qui indique que son patient présente une incapacité de travail d'un pourcentage déterminé, toutefois sans aucune motivation quelconque. Il en va de même de l'avis exprimé par ce praticien dans sa lettre du 4 mai 2007, où il se contente de contester l'avis du Dr H qui n'aurait pas pris en considération les répercussions psychiques et l'état d'angoisse pos-traumatique du patient, aspect qui nécessitait aussi d'être pris en charge pour l'exigibilité d'une capacité de travail. De tels avis ne sont pas propres à remettre en cause la force probante de ceux exprimés par les

Drs E, F et H. Il est ainsi dûment prouvé, par les différents avis médicaux figurant au dossier, conformément à l'article 10 CGA, que l'incapacité de travail dont souffre le recourant n'atteint à l'évidence pas les 25 % exigés.

Dès lors, la demande doit être rejetée.

3. Le demandeur qui succombe doit être condamné aux dépens de la défenderesse (art. 227 al. 1 Cpa).

La procédure est gratuite (art. 28 al. 2 i.f. LiLAmal).

#### **PAR CES MOTIFS**

#### **LA CHAMBRE DES ASSURANCES**

##### **rejette**

la demande et déboute le demandeur de toutes ses conclusions;

##### **condamne**

le demandeur aux dépens de la défenderesse taxés à Fr 3'500.- débours et TVA compris;

##### **dit**

que la procédure est gratuite;

##### **informe**

les parties des voies de recours selon avis ci-après;

**ordonne**

la notification du présent arrêt :

- au demandeur, par son mandataire, Me Serge Beuret, avocat,
- à la défenderesse, par son mandataire, Me Marc Wollmann, avocat,
- à l'Office fédéral des assurances privées,

Porrentruy, le 13 novembre 2008

**AU NOM DE LA CHAMBRE DES ASSURANCES**

**Le président :**

Pierre Boinay

**La greffière :**

Frédérique Comte

**Communication concernant les moyens de recours :**

*Le mémoire de recours sera adressé au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne.*

*Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. Il doit exposer succinctement en quoi l'acte attaqué viole le droit (art. 42 al. 2 LTF).*

*Le recours 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). Si la décision qui fait l'objet d'un recours concerne l'octroi ou le refus de prestations en espèces de l'assurance-accidents ou de l'assurance militaire, le recours peut porter sur toute constatation incomplète ou erronée des faits (art. 97 al. 2 LTF)*

*Les décisions préjudicielles ou incidentes sont susceptibles de recours aux conditions des articles 92 et 93 LTF.*

*Les pièces invoquées comme moyens de preuve doivent être jointes au mémoire. Il en va de même du jugement attaqué (art. 42 al. 3 LTF).»*