

CHAMBRE DES RECOURS

Arrêt du 30 novembre 2009

Présidence de M. COLOMBINI, président
Juges : MM. F. Meylan et Giroud
Greffier : M. Elsig

* * * * *

Art. 328 al. 1, 331 al. 4 CO; 452 al. 1 ter CPC

La Chambre des recours du Tribunal cantonal prend séance pour s'occuper du recours interjeté par **B. SA**, à Lausanne, défenderesse, contre le jugement rendu le 14 octobre 2008 par le Tribunal civil de l'arrondissement de Lausanne dans la cause divisant la recourante d'avec **A.**, à Lausanne, demandeur.

Délibérant à huis clos, la cour voit :

En fait :

A. Par jugement du 14 octobre 2008, dont la motivation a été envoyée le 29 septembre 2009 pour notification, le Tribunal civil de l'arrondissement de Lausanne a dit que la défenderesse L'Entreprise B. SA doit verser au demandeur A. la somme de 48'482 fr. 80, avec intérêt à 5 % l'an dès le 31 mars 2005 (I), fixé les frais de justice du demandeur à 1'942 fr. 50 et ceux de la défenderesse à 1'500 fr. (II), alloué au demandeur des dépens, par 5'400 fr. (III) et rejeté toutes autres ou plus amples conclusions (IV).

La Chambre des recours fait sien dans son entier l'état de fait du jugement, dont il ressort en résumé ce qui suit.

Par contrat du 30 décembre 1997, la défenderesse B. SA a engagé le demandeur A. en qualité d'auxiliaire pour un salaire porté en 2004 à 3'500 fr. brut par mois.

Le 28 novembre 2001, la défenderesse a conclu avec X. Assurances un contrat d'assurance d'indemnités journalières. L'objet du contrat était une indemnité journalière correspondant à 93 % du gain journalier, versée durant sept cent trente jours par cas sous déduction d'un délai d'attente de nonante jours. Soumis à la LCA (loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurances; RS 221.229.1), comme indiqué à l'art. 1^{er} des Conditions générales d'assurances (ci-après : CGA), le contrat prévoyait que la personne assurée avait le droit de continuer l'assurance à titre d'assurance individuelle, notamment lorsque la convention d'assurance cessait en raison de la fin des rapports de travail (art. 9 ch. 2a et ch. 1c, art. 18 ch. 1 CGA). Ce droit devait être exercé par écrit dans les trente jours qui suivaient l'extinction du contrat ou la sortie du cercle des personnes assurées, sous peine d'extinction (art. 18 ch. 2, al. 1 première phrase CGA). L'article 18 ch. 2 al. 1 in fine CGA disposait que le preneur d'assurance devait informer à temps et par écrit les personnes sortantes de cette possibilité et du délai, d'éventuelles prétentions élevées à cause d'un défaut d'information étant à la charge du preneur d'assurance.

Le demandeur est tombé malade le 31 octobre 2003 et n'a plus travaillé depuis lors. Il a toujours informé la défenderesse de ses absences en lui transmettant des certificats médicaux. Il est actuellement toujours en incapacité de travail.

Par courrier du 28 avril 2004, la défenderesse a résilié le contrat de travail du demandeur pour le 30 juin 2004. Dans une lettre du lendemain, contresignée le 12 mai 2004 par le demandeur, la défenderesse a notamment écrit ce qui suit :

"Comme convenu, vous quitterez notre entreprise le 30 juin 2004.

Vous devez en informer votre assurance obligatoire de soins (assurance-maladie) ou, le cas échéant, l'assurance chômage, afin que l'une de celle-ci vous assure une couverture «risque accident».

Nous vous signalons également que notre assureur peut, si vous le désirez, vous proposer à titre individuel, et à vos frais, une couverture d'indemnité journalière en cas de maladie."

Ni le demandeur, ni son épouse, ni leurs proches à qui ils l'ont montrée, n'ont compris le sens de cette lettre. Toutefois, ils n'ont pas réagi, ni posé de question à l'employeur; dès lors que le demandeur touchait son salaire, ils ne se sont pas inquiétés.

Le demandeur n'a pas contesté son congé et a perçu son salaire, respectivement des indemnités pour perte de gain jusqu'au 30 juin 2004.

Par courrier du 27 août 2004, adressée à la défenderesse, le demandeur a déclaré souhaiter "continuer avec cette assurance perte de gain (Y. Assurances)", n'étant pas encore capable de travailler. Cette requête a été transmise, par l'intermédiaire du courtier d'assurance de la défenderesse à Y. Assurances, qui avait succédé à X. Assurances.

Par lettre du 7 septembre 2004, Y. Assurances a informé le demandeur que sa demande de maintien de l'assurance d'indemnités journalières était tardive au

regard de l'art. 18 ch. 2 CGA et qu'elle la rejetait. La défenderesse a été informée de ce refus par lettre de son courtier du 7 septembre 2004.

Le 29 septembre 2004, le demandeur a écrit à la défenderesse une lettre à laquelle cette dernière a répondu le 1^{er} octobre 2004 qu'elle n'en comprenait pas le sens, l'invitant à demander l'aide d'un compatriote pour la traduire.

Au mois d'octobre 2004, le demandeur a déposé une demande de rente auprès de l'Office de l'assurance-invalidité.

Par courrier du 25 février 2005, le demandeur a réclamé à la défenderesse copie de tous les courriers qu'elle lui avait envoyés concernant l'assurance-perte de gain en cas de maladie pour l'année 2004, ainsi que les documents qu'il avait signés "en relation avec cette assurance". La défenderesse a répondu le 28 février 2005 en se référant à son courrier du 29 avril 2004 que la demande de couverture était tardive. Elle lui a en outre réclamé la somme de 4'803 francs 25 représentant le solde d'un prêt consenti pour financer l'achat d'une voiture.

Le Fonds de prévoyance de la défenderesse a obtenu le 18 avril 2005 de l'Office des poursuites de Lausanne-Ouest un acte de défaut de biens pour 5'092 francs 10 en relation avec le prêt susmentionné.

Le demandeur a ouvert action le 12 mars 2005 contre Y. Assurances devant le Tribunal des assurances du canton de Vaud et a conclu au paiement par celle-ci des indemnités journalières contractuelles depuis le 1^{er} juillet 2004 jusqu'à épuisement du droit. Par jugement du 30 mai 2006, le Tribunal des assurances a rejeté ces conclusions pour le motif que, dans le domaine de l'assurance régie par la LCA, il n'y avait pas de devoir légal de l'assureur d'informer la personne assurée de son droit de passage dans l'assurance individuelle.

Dans un courrier du 8 mars 2007, Y. Assurances a exposé que, si la demande de passage dans l'assurance individuelle avait été déposée en temps utile, elle aurait versé 117 fr. par jour d'indemnité pour une prime annuelle de 2'468 fr. 70. Elle a relevé que, selon un rapport médical du 2 juin 2004, il n'y avait pas d'arrêt de

travail justifié en rapport avec l'affection connue jusqu'alors (affection dermatologique), mais qu'il était nécessaire de demander une consultation auprès d'un psychiatre en raison d'un état de stress et d'anxiété important depuis plusieurs mois. Sur cette base, elle aurait très vraisemblablement mis en œuvre une expertise psychiatrique et aurait estimé que les conditions d'indemnisation n'étaient pas remplies au-delà du délai de mise en œuvre de l'expertise.

Dans un rapport du 22 janvier 2008 à l'intention des organes de l'assurance-invalidité, l'Unité d'expertise du Département universitaire de psychiatrie (DUPA) a constaté l'existence, en 2003, d'un premier épisode dépressif, accompagné de psoriasis, épisode ayant entraîné un arrêt de travail au mois d'octobre et nécessité la prescription d'un traitement d'antidépresseurs à dose progressive. Elle a notamment diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, et a relevé que le demandeur souffrait d'un trouble dépressif majeur et chronique.

Entendu comme témoin, C., psychologue traitant auprès de l'association D., a déclaré suivre le demandeur depuis le mois de mai 2004 et avoir constaté que son état psychique s'était péjoré, malgré le traitement médicamenteux (antidépresseur) prescrit par le médecin, passant de l'épisode dépressif au trouble dépressif.

A. a ouvert action le 10 janvier 2006 devant le Tribunal civil de l'arrondissement de Lausanne et a conclu, avec dépens, au paiement par la défenderesse de la somme de 56'000 fr., avec intérêt à 5 % l'an dès le 1^{er} juillet 2004.

La défenderesse a conclu, avec dépens, au rejet des conclusions de la demande et, reconventionnellement, au paiement par le demandeur de la somme de 5'092 fr. 10, avec intérêt à 5 % l'an dès le 24 mars 2006. Elle a déclaré opposer cette créance en compensation.

En droit, les premiers juges ont considéré que la défenderesse avait violé son obligation légale d'information, précisée par les conditions d'assurance, et

que le demandeur remplissait les conditions d'indemnisation après le 30 juin 2004 et pour toute la période d'assurance.

B. B. SA a recouru contre ce jugement en concluant, avec dépens, principalement à sa réforme en ce sens que ses conclusions de première instance sont admises et, subsidiairement, à son annulation.

Dans son mémoire, la recourante a développé ses moyens et confirmé ses conclusions.

L'intimé A. n'a pas été invité à se déterminer.

En droit :

1. Les art. 444, 445 et 451 ch. 2 CPC (Code de procédure civile du 14 décembre 1966; RSV 270.11) ouvrent la voie des recours en nullité et en réforme contre les jugements principaux rendus par un tribunal d'arrondissement.

2. La recourante conclut subsidiairement à l'annulation du jugement. Elle ne fait toutefois valoir aucun moyen spécifique de nullité à l'appui de ce recours, de sorte que celui-ci est irrecevable, la cour de céans n'examinant que les moyens de nullité dûment développés (Poudret/Haldy/Tappy, Procédure civile vaudoise, 3^{ème} éd., 2002, n. 2 ad art. 465 CPC, p. 722).

Il convient dès lors d'examiner le recours en réforme.

3. Saisie d'un recours en réforme contre un jugement principal rendu par un tribunal d'arrondissement, la Chambre des recours revoit librement la cause en

fait et en droit (art. 452 al. 2 CPC). Les parties ne peuvent toutefois articuler des faits nouveaux, sous réserve de ceux qui résultent du dossier et qui auraient dû être retenus ou de ceux pouvant résulter d'une instruction complémentaire selon l'art. 456a CPC (art. 452 al. 1 ter CPC).

Ainsi, le Tribunal cantonal revoit la cause en fait et en droit sur la base du dossier, sans réadministration des preuves déjà administrées en première instance. Il développe donc son raisonnement juridique après avoir vérifié la conformité de l'état de fait du jugement aux preuves figurant au dossier et l'avoir, le cas échéant, corrigé ou complété au moyen de celles-ci (JT 2003 III 3).

En l'espèce, l'état de fait du jugement est conforme aux pièces du dossier et aux autres preuves administrées. Il n'y a pas lieu de le compléter ni de procéder à une instruction complémentaire, la cour de céans étant à même de statuer en réforme.

4. La recourante soutient qu'elle a satisfait à son devoir d'information de l'intimé en lui indiquant la possibilité de passer dans l'assurance individuelle et qu'elle n'était pas tenue de préciser que la demande de passage devait être formulée dans un certain délai.

a) Selon l'art. 328 al. 1 CO (Code des obligations du 30 mars 1911; RS 220), l'employeur protège et respecte, dans les rapports de travail, la personnalité du travailleur.

Selon la jurisprudence et la doctrine, la protection du travailleur découlant de cette disposition n'est pas plus étendue que celle découlant des art. 27 et 28 CC (Code civil du 10 décembre 1907; RS 210), mais concrétise cette protection dans le domaine du droit du travail (TF, arrêt du 19 décembre 1994, SJ 1995, p. 669). L'étendue de cette obligation se détermine au regard des règles de la bonne foi (art. 2 al. 1 CC; Rehbindler, Berner Kommentar, 1985, n. 2 ad art. 328 CO, p. 410; Portmann, Basler Kommentar, 4^{ème} éd., 2007, n. 2 ad art. 328 CO, p. 1860). Même si l'art. 328 al. 1 CO impose à l'employeur de protéger la personnalité du travailleur,

cette disposition implique, comme les art. 27 et 28 CC, principalement un devoir d'abstention. Une obligation positive ne doit être admise qu'avec réserve lorsqu'elle n'est prévue ni par la loi ni par le contrat de travail (Saillen, La protection de la personnalité du travailleur au sens de l'article 328 alinéa 1 CO, thèse Lausanne 1981, p. 46; Rehbindler, op. cit., n. 2 ad art. 328 CO, pp. 410-411).

L'obligation de protection comprend également celle des intérêts pécuniaires du travailleur, en particulier celle de l'informer sur les conditions et l'étendue des prestations sociales et d'assurance de l'entreprise (Portmann, op. cit., n. 47 ad art. 328 CO, p. 1871; Streiff/von Kaenel, Arbeitsvertrag, 6^{ème} éd., 2006, n. 7 ad art. 328 CO, pp. 350-351; arrêt du Tribunal cantonal de Lucerne du 11 septembre 2007 in Jahrbuch des Schweizerischen Arbeitsrecht [JAR] 2008, p. 444 c. 6).

Dans le domaine de la prévoyance en faveur du personnel au sens des art. 331 ss CO, qui comprend la conclusion d'une assurance-maladie auprès d'une compagnie d'assurance ou d'une caisse maladie (Message, Feuille fédérale [FF] 1967, pp. 367-368; arrêt du Tribunal cantonal fribourgeois du 13 février 1996 in JAR 1997, p. 142 c. 2.4), l'art. 331 al. 4 CO prescrit à l'employeur de donner au travailleur les renseignements nécessaires sur ses droits envers une institution de prévoyance professionnelle ou en faveur du personnel ou envers un assureur. Cette disposition ne définit pas la forme que doit revêtir cette information. Elle peut intervenir oralement pour autant que l'information soit suffisamment précise et compréhensible (JAR 1997, p. 142 précité; Streiff/von Kaenel, op. cit., n. 10 ad art. 331 CO, p. 492). Selon la doctrine et la jurisprudence, elle doit comprendre le droit de passer et le délai de transfert dans l'assurance individuelle (Brunner/Bühler/Waeber/Bruchez, Commentaire du contrat de travail, 3^{ème} éd., 2004, n. 8 ad art. 331 CO, p. 192; Streiff/von Kaenel, op. cit., n. 13 ad art 324a/b CO, p. 286 et références; arrêt de la Cour d'appel des prud'hommes du canton de Genève du 27 octobre 2005, JAR 2006, p. 461, c. 24-26 et références,).

Dans la mesure où les conditions générales d'assurance prévoient un devoir d'information du travailleur par l'employeur analogue à celui imposé à l'assureur par l'art. 71 al. 2 LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie; RS 832.10) dans le domaine de l'assurance perte de gain régie par cette loi,

ces conditions générales définissent l'étendue de ce devoir et entraînent, en cas de violation par l'employeur, la responsabilité de celui-ci pour le dommage subi par le travailleur (Streiff/von Kaenel, op. cit., n. 13 ad art. 324a/b CO, p. 286; JAR 1997, p. 142 précité).

En l'espèce, selon l'art. 18 ch. 2 al. 1 in fine CGA régissant le contrat d'assurance collective, le preneur d'assurance doit informer à temps et par écrit les personnes sortante de la possibilité de continuer l'assurance individuelle et du délai.

b) A la différence de l'assurance d'indemnités journalières régie par la LAMal, où la loi prévoit que la couverture d'assurance s'éteint lors de la cessation des rapports de travail, sauf passage dans l'assurance individuelle, dans le régime de l'assurance privée selon la LCA, le droit aux prestations ne dépend pas de l'affiliation. Si le sinistre survient pendant la période de couverture, l'assureur doit verser les prestations convenues jusqu'à épuisement, aussi longtemps qu'elles sont justifiées selon les clauses conventionnelles; la seule limite que connaisse la couverture réside non dans la fin des relations contractuelles, mais dans la durée des prestations convenues. Partant, en l'absence de clauses conventionnelles limitant ou supprimant le droit aux prestations au-delà de la période de couverture, 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 que se produisent après l'extinction du rapport d'assurance (ATF 127 III 106 c. 3a-b et références).

Selon la jurisprudence, lorsque le travailleur se voit reconnaître, en cas d'incapacité de travail, un droit à des indemnités versées par une assurance pendant une longue période, sans restriction d'aucune sorte, il peut de bonne foi comprendre qu'il bénéficiera de cette couverture même si le contrat de travail prend fin avant l'épuisement de son droit aux indemnités (ATF 124 III 126 c. 2b; Wyler, Droit du travail, 2^{ème} éd., 2008, p. 245).

c) Au vu des considérations qui précèdent, il y a lieu d'admettre que le devoir d'information de l'employeur, prévu par l'art. 331 al. 4 CO en matière

d'assurance pour perte de gain en cas de maladie régie par la LCA, comprend celui du délai dans lequel le passage dans l'assurance individuelle doit être requis. En effet, le régime ordinaire de cette assurance est le versement des prestations jusqu'à épuisement de celles-ci lorsque le sinistre est intervenu durant la période de couverture. Le travailleur peut donc, sauf mention de restrictions contraires, de bonne foi considérer qu'il est soumis à ce régime. L'adoption par l'employeur et l'assureur d'un système particulier prévoyant la cessation du paiement des indemnités d'assurance à la fin des rapports de travail, sauf passage dans l'assurance individuelle, impose au premier, en vertu de son obligation de préserver les intérêts pécuniaires du travailleur et des règles de la bonne foi, un devoir accru d'information du travailleur. Celui-ci doit se voir communiquer les conditions auxquelles il peut maintenir son droit aux prestations d'assurance après la fin des rapports de travail, en particulier le délai dans lequel la demande de transfert dans l'assurance individuelle doit être formulée.

d) En l'espèce, l'information fournie par la recourante dans sa lettre du 28 avril 2004 est insuffisante au regard de l'art. 331 al. 4 CO tel qu'interprété ci-dessus. Elle est également contraire aux devoirs contractuels mis à sa charge par l'art. 18 ch. 2 al. 1 in fine des CGA régissant le contrat d'assurance collective. La recourante n'a en outre pas établi avoir indiqué à l'intimé le délai dans lequel le transfert dans l'assurance individuelle devait être demandé ni lui avoir communiqué les conditions d'assurance relatives à la fin de la couverture. Cette carence engage sa responsabilité pour le dommage subi par l'intimé.

Le recours doit être rejeté sur ce point.

5. La recourante soutient que l'intimé commet un abus de droit, dès lors qu'il a été informé de la possibilité de passer dans l'assurance individuelle, qu'en raison de sa maladie, il percevait des prestations de l'assureur et était en contact avec celui-ci et qu'il avait conclu une année auparavant une assurance soumise à la LCA. Subsidiairement, elle soutient que le dommage doit être réduit pour faute concomitante de l'intimé en raison de l'inaction de celui-ci.

Dans la mesure où l'assurance choisie par la recourante dérogeait au régime ordinaire de la LCA en matière d'assurance pour perte de gain en cas de maladie, elle ne peut rien tirer des rapports directs que l'intimé a entretenus avec d'autres compagnies d'assurance privées. Dès lors que la recourante n'a pas établi que l'intimé aurait été informé de cette dérogation – par elle-même ou par l'assureur-, le travailleur était, selon la jurisprudence (ATF 124 III 126 précité), fondé à penser que les prestations continueraient à être versées après la fin des rapports de travail. On ne saurait dès lors lui opposer les règles de la bonne foi, ni lui imputer une faute concomitante pour avoir déposé tardivement sa demande de transfert.

Le recours doit être rejeté sur ce point.

6. Pour le surplus, les considérations des premiers juges relatives au dommage, au lien de causalité entre celui-ci et la violation des devoirs contractuels, complètes et convaincantes, peuvent être confirmées par adoption de motifs (art. 471 al. 3 CPC).

7. En conclusion, le recours doit être rejeté en application de l'art. 465 al. 1 CPC et le jugement confirmé.

Les frais de deuxième instance de la recourante sont arrêtés à 417 fr. (art. 232 et 235 TFJC; tarif du 4 décembre 1984 des frais judiciaires en matière civile; RSV 270.11.5).

Le dispositif du jugement mentionne comme partie recourante "L'Entreprise B. SA". Toutefois, selon extrait du registre du commerce du 18 février 2010, la raison sociale exacte de la recourante est "B. SA". Il convient de rectifier cette erreur de plume en application de l'art. 472a CPC.

Par ces motifs,
la Chambre des recours du Tribunal cantonal,
statuant à huis clos,
en application de l'art. 465 al. 1 CPC,
p r o n o n c e :

- I. Le recours est rejeté.
- II. Le jugement est confirmé.
- III. Les frais de deuxième instance de la recourante B. SA sont arrêtés à 417 fr. (quatre cent dix-sept francs).
- IV. L'arrêt motivé est exécutoire.

Le président :

Le greffier :

Du 30 novembre 2009

Le dispositif de l'arrêt qui précède est communiqué par écrit aux intéressés.

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié en expédition complète, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Nicolas Saviaux (pour B. SA),
- Me Jean-Michel Dolivo (pour A.).

La Chambre des recours considère que la valeur litigieuse est de 53'574 francs.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière civile devant le Tribunal fédéral au sens des art. 72 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral – RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Dans les affaires pécuniaires, le recours en matière civile n'est recevable que si la valeur litigieuse s'élève au moins à 15'000 fr. en matière de droit du travail et de droit du bail à loyer, à 30'000 fr. dans les autres cas, à moins que la contestation ne soulève une question juridique de principe (art. 74 LTF). Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Cet arrêt est communiqué, par l'envoi de photocopies, à :

- Tribunal d'arrondissement de Lausanne.

Le greffier :