

CHAMBRE DES RECOURS

Séance du 7 avril 2010

Présidence de M. GIROUD, vice-président
Juges : MM. Denys et Krieger
Greffier : Mme Sidi-Ali

* * * * *

Art. 324a CO

La Chambre des recours du Tribunal cantonal prend séance pour s'occuper du recours interjeté par **A.**_____, demandeur, à Vevey, contre le jugement rendu le 31 mars 2009 par le Tribunal civil de l'arrondissement de l'Est vaudois dans la cause divisant le recourant d'avec **C.**_____, défenderesse, à Puidoux.

Délibérant en audience publique, la cour voit :

En fait :

A. Par jugement du 7 avril 2009, le Tribunal civil de l'arrondissement de l'Est vaudois a notamment rejeté les conclusions prises par A._____ contre C._____ (I), a arrêté les frais de justice (II et III), dit qu'A._____ est le débiteur de C._____ de la somme de 7'270 fr., TVA en sus sur 4'620 fr., à titre de pleins dépens (IV et V).

La Chambre des recours fait sien dans son entier l'état de fait du jugement qui est le suivant :

« **1.** Le demandeur, A._____, a travaillé comme chauffeur-livreur de vin pour la défenderesse, C._____. Cette dernière, sise à [...], a été créée en date du 13 décembre 1996 et a pour but, selon l'extrait du Registre du commerce du canton de Vaud, toute activité liée au transport de marchandises, notamment dans le secteur viti-vinicole.

De 1985 à fin 1996, le demandeur a travaillé pour le compte de la société T._____.

Par convention du 20 décembre 1996 signée par T._____, la défenderesse et le demandeur, il a été convenu que le contrat de travail conclu entre T._____ et le demandeur prendrait fin au 31 décembre 1996 et que, dès le 1^{er} janvier 1997, ce dernier serait engagé par la défenderesse, selon contrat séparé, étant toutefois expressément stipulé que le demandeur resterait au bénéfice des droits acquis du fait du nombre d'années passées au service de T._____, notamment en ce qui concerne le droit au salaire en cas d'empêchement sans faute de travailler.

2. Par contrat de police d'assurance collective maladie perte de salaire conclue avec K._____, la défenderesse a assuré l'ensemble de son personnel contre la maladie et la perte de gain. Aux termes de ce contrat, K._____ s'est ainsi engagée, contre versement d'une prime annuelle provisoire nette de Fr. 20'867.-, à verser des allocations journalières équivalentes au 80 % du salaire, payable dès le 91^e jour, durant 730 jours sur une période totale de 900 jours, en cas d'incapacité de travail due à une maladie et attestée par un médecin.

Selon l'art. 2.1 des conditions générales du contrat d'assurance collective, "est incapable de travailler la personne qui, en raison d'une maladie, ne peut exercer son activité professionnelle habituelle, ou, si l'incapacité dure un certain temps, reste dans l'impossibilité d'exercer toute autre activité raisonnablement exigible eu égard à son état de santé et à ses aptitudes. L'art. 2.2 dites conditions définit la notion de maladie

comme toute atteinte à la santé physique ou mentale médicalement décelable qui entraîne une incapacité de travail et qui n'est pas due à un accident au sens de l'assurance accidents selon la LAA, à une lésion assimilée à un accident au sens de l'assurance accidents selon la LAA ou à une maladie professionnelle couverte au titre de l'assurance accidents selon la LAA.

Des cotisations annuelles étaient prélevées directement sur le salaire du demandeur par la défenderesse aux fins de financer cette assurance maladie collective perte de gain.

3. En date du 23 février 2006, se faisant renverser par le contenu d'un chariot de huit cartons dont il était chargé, le demandeur a glissé et, dans sa chute, heurté son dos contre les escaliers menant à la cave du restaurant dans lequel il effectuait sa livraison. Selon ses déclarations, le demandeur a alors eu de la peine à se dégager et est rentré difficilement et avec de fortes douleurs à la maison.

En date des 4 et 24 avril 2006, le demandeur a consulté son médecin traitant, la Dresse [...], laquelle a établi un rapport médical daté du 2 mai 2006, notamment libellé comme suit:

" *Monsieur A. _____ présente depuis le 23 février (...) d'intenses lombalgies (...). Après deux mois d'évolution, (...) j'ai demandé une IRM lombaire, qui confirme une discopathie de L4-L5 et L5-S1, avec une petite hernie discale para-médiane gauche au niveau de L4-L5. Cette hernie n'est pas compressive, (...) et, bien qu'elle ait pu contribuer aux douleurs initiales, elle n'est à mon avis, actuellement plus responsable, deux mois après cette chute, de ces rachialgies intenses.*

(...)

Si ce traitement est par contre inefficace, je pense qu'il faudrait l'adresser rapidement auprès d'un collègue psychiatre pour un avis. Monsieur A. _____ a exprimé des craintes existentielles suite à cette chute, qui a été pour lui un choc émotionnel intense, il s'est vu comme son père mourir d'une crise cardiaque, suite à un choc émotionnel. (...) "

4. Dès le 26 février 2006, le demandeur a bénéficié des prestations légales d'assurance de la Caisse Nationale Suisse d'assurances en cas d'accident (SUVA).

5. Du 7 au 28 juin 2006, le demandeur a effectué un séjour dans le service de réadaptation générale de la Clinique romande de réadaptation, à 1951 Sion. Selon le rapport du 12 juillet 2006 co-signé par le Dr [...] et la Dresse [...], le demandeur souffrait de lombalgies chroniques, de discrètes discopathies dégénératives L4-L5 et L5-S1 ainsi que d'une hernie discale paramédiane gauche L4-L5 et présentait une incapacité de travail dans sa profession de chauffeur-livreur à 100 % pour la période allant du 28 juin au 28 juillet 2006, à réévaluer ultérieurement. On relèvera en outre les passages suivants de ce rapport:

" **Status ostéo-articulaire**

Déambulation accompagnée de gémissement et d'une expression verbale et gestuelle de souffrance très prononcée.

(...)

APPRECIATION ET DISCUSSION

(...)

A l'admission, le patient annonce des lombalgies basses avec irradiation dans les MI à prédominance gauche. Elles sont totalement mais transitoirement soulagées par Dafalgan.

(...)

Sur le plan psychologique, le patient se dit franchement triste et laisse l'impression d'une démission. (...) Les observations au terme du séjour relèvent des angoisses et des représentations pessimistes (crainte d'une paralysie).

(...)

Au total, la lombalgie de caractère mécanique a un caractère non spécifique et la hernie discale L4-L5 ne s'accompagne pas d'anomalie électro-clinique compatible avec un syndrome radiculaire irritatif ou déficitaire. Le comportement douloureux paraît quelque peu disproportionné. Les représentations sont pessimistes et le patient craint de bouger son dos malgré les propos rassurants des thérapeutes. (...) "

6. Se fondant sur l'avis de son médecin conseil, le Dr [...], selon lequel les troubles subsistant du demandeur n'étaient plus dus à l'accident du 23 février 2006, la SUVA Lausanne, par décision du 11 août 2006, a mis fin aux prestations d'assurance avec effet au 13 août 2006.

7. Par courrier daté du 28 août 2006, la défenderesse a informé le demandeur qu'elle résiliait son contrat de travail en date du 31 août 2006 pour la date légale du 30 novembre 2006.

8. Par acte du 6 septembre 2006, le demandeur a formé opposition contre la décision de la SUVA Lausanne du 11 août 2006, alléguant en substance que ses troubles tant physiques que psychiques étaient la conséquence directe de son accident du 23 février 2006.

Par courrier du 7 septembre 2006, K. _____ a également contesté la décision de la SUVA Lausanne du 11 août 2006.

9. En dates des 12 septembre et 18 octobre 2006, la Dresse [...] a délivré au demandeur des certificats médicaux d'incapacité de travail à 100 % pour une période totale allant du 1^{er} septembre au 30 novembre 2006.

10. Par courrier du 20 octobre 2006, K. _____ a rendu le demandeur attentif au fait qu'elle faisait toutes réserves quant à une éventuelle intervention de sa part à dater de la fin du délai d'attente de 90 jours prévu par le contrat d'assurance collective maladie, soit le 12 novembre 2006, étant à cet égard précisé qu'elle suspendait sa décision au résultat de l'expertise médicale qu'elle organisait auprès de la clinique [...], à Genève, et à laquelle elle invitait le demandeur à se soumettre.

11. Le 3 novembre 2006, la Dresse [...], médecin traitant du demandeur, a établi un rapport médical à l'intention de la Dresse [...]. On en relèvera en particulier les passages suivants:

" Sur le plan clinique, on peut attester de la présence d'un état dépressif, et de symptômes évoquant un « état post-traumatique »,

au sens où l'accident de février a représenté pour le patient une véritable catastrophe personnelle, après laquelle il se ressent comme extrêmement fragile, menacé, n'a plus de sentiment de compétence alors qu'auparavant il était le membre fort du couple et de la famille.

L'accident a donc représenté un élément déterminant, mais bien sûr il s'inscrit dans une trajectoire individuelle et rencontre un psychisme présentant des fragilités à la fois de nature familiale, et individuelle.

Ainsi, pour des raisons somato-psychiques, le patient présente actuellement une incapacité de travail à 100 %, comme cela a été évalué par le Dr [...] puis par la Dresse [...]. Ce qui se passe en ce moment, à savoir une remise en cause des prestations par la SUVA mais aussi (...) par l'assurance perte de Gains Maladie est extrêmement préjudiciable pour le patient.

Du moment que l'incapacité de travail n'est plus imputable directement à l'accident, il est indispensable qu'elle soit reconnue comme maladie et il est incorrect d'en faire un problème psychosocial ne justifiant pas le versement d'indemnités maladie, comme le propose le Dr [...], Médecin-Conseil de K._____.

L'absence de reconnaissance d'un statut de maladie aggraverait la situation. "

12. Le 6 novembre 2006, [...] caisse maladie - accident, assureur du demandeur, a formé opposition contre la décision de la SUVA du 11 août 2006 en se fondant sur l'avis exprimé par son médecin consultant, le Dr [...], dans son certificat médical du 30 octobre 2006, attestant du lien de causalité prépondérant entre les séquelles physiques du demandeur postérieures au 15 août 2006 et la chute du demandeur en date du 23 février 2006 et selon lequel le statut quo sine, soit l'état auquel aurait vraisemblablement conduit l'évolution normale d'un état maladif antérieur sans l'accident, n'avait pas été atteint au 13 août 2008. Interrogé sur la pertinence de la décision de la SUVA de mettre un terme aux prestations le 13 août 2006, le Dr [...] a notamment répondu qu'il était difficile de se prononcer et que la pathologie s'aggravait au fur et à mesure du temps écoulé. Il a toutefois qualifié la réaction du demandeur de disproportionnée.

13. Par décision sur opposition du 13 novembre 2006, la SUVA a rejeté l'opposition formée le 6 septembre 2006 par le demandeur et confirmé la décision querellée, aux motifs, d'une part, qu'il apparaissait avec un haut degré de vraisemblance prépondérante que l'accident n'avait déjà plus d'incidence dans le comportement invalidant du demandeur et, d'autre part, que les troubles psychiques affectant ce dernier ne sauraient être pris en charge et indemnisés par l'assurance accidents, l'existence d'un rapport de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident pouvant sans autre être nié au vu du caractère relativement bénin de celui-ci.

14. Par courrier du 15 novembre 2006, K._____ a rappelé au

demandeur qu'elle faisait toutes réserves quant à une intervention de sa part à compter du 12 novembre 2006 et l'a rendu attentif au fait qu'une annonce auprès de l'assurance chômage était nécessaire pour obtenir des prestations de cette dernière, étant à cet égard précisé qu'une période antérieure à l'annonce n'était à sa connaissance pas prise en considération par l'assurance chômage. K._____ a également communiqué au demandeur avoir pris connaissance de la cessation de son contrat de travail au 30 novembre 2006 et l'a informé de son droit de libre-passage en assurance individuelle. Il était en outre indiqué qu'en cas de transfert en assurance individuelle, K._____ continuerait le versement des prestations selon les garanties prévues dans le contrat collectif, sous réserve de l'acceptation du cas.

Le demandeur a alors conclu une nouvelle police d'assurance incapacité de travail, selon document du 2 février 2007, dont l'entrée en vigueur a été fixée au 1^{er} décembre 2006 et selon laquelle K._____ s'engageait à verser au demandeur une indemnité journalière en cas de maladie de Fr. 125.-, payable dès le 91^e jour et jusqu'au 730^e jour. Les notions d'incapacité de travail et de maladie telles que définies dans les conditions générales de l'assurance maladie individuelle de libre passage et de l'assurance maladie collective conclue par la défenderesse se recoupaient en outre totalement.

15. Du 29 octobre 2006 au 23 mai 2007, la Dresse [...] a délivré au demandeur six certificats médicaux d'incapacité de travail à 100 % pour une période totale allant du 30 novembre 2006 au 30 juin 2007.

16. Faisant suite à un entretien psychiatrique et à un entretien et un examen rhumatologiques avec le demandeur, ayant respectivement eu lieu les 2 et 9 janvier 2007, le Dr [...], spécialiste FHM en psychiatrie et psychothérapie, et le Dr [...], spécialiste FHM en médecine physique et rééducation ainsi qu'en rhumatologie, ont rendu, en date du 14 mai 2007, un rapport d'expertise pluridisciplinaire pour le compte de la clinique [...]. On en relèvera en particulier les passages suivants:

" *Pour conclure, en raison des multiples inconsistances que nous avons évoquées lors de cette expertise, associées aux phénomènes de dramatisation et de théâtralisation de la douleur, on peut mettre en évidence la présence d'un phénomène de majoration de troubles. (...) Nous considérons donc la présence d'un comportement caractérisé par une production intentionnelle de symptômes, sans argument évoquant une motivation externe tel que compensation financière et dont aucune base organique ne permet d'expliquer l'intensité algique décrite et reproduite.*
(...)

Sur le plan somatique, en la présence de troubles statiques, d'un début de troubles dégénératifs, on peut admettre qu'il existe une limitation quant au port itératif de charges lourdes, c'est-à-dire supérieures à 20-25 kilos, à la mise sous contrainte itérative du rachis lors de mouvements répétés en antéflexion/redressement, torsion du torse.

D'un point de vue purement psychiatrique, il n'y pas d'atteinte qui nuirait à la capacité de travail. On a l'obligation de mettre en évidence l'idée que l'absence de motivation à l'exercice

*professionnel ne peut pas être considérée comme maladie. (...)
Ainsi, d'un point de vue psychiatrique, il n'y a pas d'atteinte à la santé.*

(...)

On peut actuellement admettre une incapacité de travail de 50 % pour motifs ostéo-articulatoires dans l'ancienne profession de chauffeur-livreur de cartons de vin.

D'un point de vue psychiatrique, aucune incapacité de travail n'est justifiée. Cela signifie que Monsieur A._____ pourrait immédiatement reprendre une activité lucrative à 100 % avec un rendement de 100 % pour motifs purement psychiques.

(...)

Pour motifs purement somatiques, le degré d'incapacité de travail actuel, soit de 50 % pour motifs ostéo-articulatoires, est valable dès la date de l'expertise.

(...)

Dans une activité adaptée, c'est-à-dire une activité qui n'implique pas le port itératif de charges supérieures à 20-25 kilos, des mouvements contraignants pour le rachis en flexion/extension, rotation du torse, des stations assises ou debout prolongées, une activité à 100 % est exigible et ceci, dès la date d'expertise.

D'un point de vue psychiatrique, aucune reconversion professionnelle n'est nécessaire. Monsieur A._____ peut réaliser sa tâche lucrative à 100 % soit huit heures par jour sans diminution de rendement.

(...)

Il faut au plus vite rompre le processus d'invalidation, sans quoi l'exploré (réd.: le demandeur) va définitivement cristalliser sa souffrance subjective, ce qui tôt ou tard le conduira à réaliser une demande de prestations auprès de l'OIA, demande qui sera par la suite refusée en raison des phénomènes de surcharge de troubles et de l'absence de toute pathologie juridiquement reconnue. "

17. Par courrier du 31 mai 2007, K._____ a communiqué au demandeur qu'au vu des conclusions du rapport d'expertise de la Clinique [...], qui font état d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, elle n'était pas en mesure d'intervenir en sa faveur et ne pouvait lui verser de prestations.

Par courrier du 9 août 2007, K._____ a notamment informé la défenderesse que le demandeur était considéré comme capable de travailler à 100 % dans une activité adaptée à partir du 1^{er} décembre 2006 et qu'il n'avait par conséquent pas droit à des indemnités journalières pour incapacité de travail dès cette date.

18. Le 27 août 2007, la Dresse [...] a établi un certificat d'incapacité de travail en faveur du demandeur, pour la période allant du 1^{er} septembre au 30 novembre 2007.

19. En date du 18 octobre 2007, la Dresse [...], médecin traitant du demandeur, a établi un certificat médical aux termes duquel la capacité de travail de ce dernier peut probablement être estimé à 50 % dans une activité épargnant le dos, les positions statiques prolongées et le port de

charges de plus de 10 kg, étant précisé qu'un avis du médecin-conseil de l'assurance chômage paraissait souhaitable.

20. Le 4 décembre 2007, la Dresse [...] a établi un certificat d'incapacité de travail en faveur du demandeur, pour la période allant du 1^{er} décembre 2007 au 15 janvier 2008.

21. Par demande du 5 décembre 2007, reçu au greffe du Tribunal le 6 décembre 2007, A. _____ a ouvert action contre C. _____, concluant à l'admission de la demande (I) et à ce que la défenderesse lui doive paiement de la somme de Fr. 59'314.20, avec intérêts à 5 % l'an dès le 31 mars 2007, échéance moyenne.

22. Le 20 décembre 2007, la Dresse [...] a établi un certificat médical en faveur et à la demande d'A. _____, relevant chez celui-ci des signes et symptômes du registre dépressif, un ralentissement, des troubles importants du sommeil, un désespoir et des plaintes douloureuses multiples ainsi qu'un état psychique aggravé par la mise en doute de l'authenticité d'une atteinte psychique.

23. Le 7 février 2008, la Dresse [...] a établi un certificat d'incapacité de travail à 100 % en faveur du demandeur, pour une période de deux mois à compter du 16 janvier 2008.

24. Par requête d'appel en cause du 7 février 2008, la défenderesse a notamment conclu, à titre principal, à être autorisée à appeler en cause K. _____ en vue de prendre contre elle, avec suite de frais et dépens, la conclusion tendant à ce qu'elle soit condamnée à relever la défenderesse de toute condamnation en capital, intérêt, frais et dépens, qui pourrait être prononcée contre elle du chef des conclusions formulées en procédure par le A. _____ dans sa demande du 5 décembre 2007, et, à titre subsidiaire, à être autorisée à appeler en cause K. _____, en vue de lui opposer le jugement à rendre.

Par courrier du 26 février 2008, le demandeur a déclaré ne pas s'opposer aux conclusions de la requête d'appel en cause du 7 février 2008 et renoncer à la tenue d'une audience incidente.

Par requête de déclinatoire du 26 février 2008, K. _____ a conclu, avec dépens, à l'admission la requête en question (I), à ce que l'appel en cause soit rejeté au motif que le Tribunal d'arrondissement de l'Est Vaudois est incompétent pour statuer sur un litige en rapport avec les contrats d'assurance en cause (II) et à ce que l'appelant soit renvoyé à procéder contre K. _____ devant le Tribunal des Assurances du canton de Vaud (III).

Par jugement incident du 11 mars 2008, le Président de céans a notamment rejeté la requête d'appel en cause (I).

25. Du 20 mars au 17 juin 2008, la Dresse [...] a délivré au demandeur trois certificats médicaux d'incapacité de travail à 100 % pour une période totale allant du 16 mars au 15 avril 2008 et du 16 mai au 16 juillet 2008.

En dates respectives des 9 juillet, 29 août, 11 et 25 septembre et 28 octobre 2008, la Dresse [...] a délivré 5 certificats médicaux d'incapacité de travail à 100 % pour une période totale allant du 16 juillet 2008 au 30 novembre 2008

26. Par requête incidente en déclinatoire du 6 juin 2008, la défenderesse a conclu à l'admission de la requête en question (I), à ce que le Tribunal de céans se déclare incompétent pour connaître de la demande déposée par A. _____ en date du 6 décembre 2007 (II) et à ce que ce dernier soit renvoyé à procéder contre K. _____ devant le Tribunal des Assurances du Canton de Vaud (III).

Par courrier du 24 juin 2008, le demandeur a formé opposition aux conclusions incidentes de la requête en déclinatoire du 6 juin 2008.

Par jugement incident du 3 juillet 2008, le Président de céans a notamment déclaré irrecevable la requête en déclinatoire de la défenderesse du 6 juin 2008.

27. En date du 23 septembre 2008, la défenderesse, C. _____, a déposé sa réponse, datée du 19 septembre 2008, devant le Tribunal de céans, concluant, avec suite de frais et dépens, au rejet des conclusions formées par le demandeur dans son mémoire du 5 décembre 2007.

28. Les parties, ainsi que leurs conseils, ont été entendus à l'audience de jugement du 31 mars 2009.

A cette occasion, le conseil du demandeur a notamment avancé que son client bénéficiait, dans le cadre de ses rapports de travail pour le compte de la société T. _____, d'un régime dérogatoire plus favorable que celui prévu par les conditions générales de la police d'assurance conclue par la défenderesse en faveur de son personnel et que cette dernière s'était en outre engagée envers le demandeur à lui garantir des prestations au moins équivalentes à celles dont il bénéficiait, concernant en particulier le droit au salaire en cas d'empêchement sans faute de travailler. Le conseil du demandeur a également exposé que, selon la jurisprudence du TF, pour qu'un accord dérogatoire soit jugé équivalent au sens de l'art. 324a al. 4 CO, la durée d'indemnisation doit être de sept cent vingt jours sur une période totale de 900 jours, que tel n'était pas le cas en l'espèce, si bien qu'il y avait lieu de retenir que l'employeur n'avait pas satisfait à son engagement et répondait dès lors du dommage qui en résultait pour le demandeur sur la base de l'art. 97 CO.

Le conseil de la défenderesse a pour sa part notamment exposé que cette dernière était indépendante de la société T. _____. Il a également relevé que la police d'assurance collective conclue par la défenderesse prévoit une couverture de sept cent trente jours sur une période totale de 900 jours, que, selon ses conditions générales, la couverture d'assurance s'éteint lors de la cessation des rapports de travail, le salarié étant toutefois au bénéfice d'un droit de passage en assurance individuelle, et que ce dernier avait en outre le devoir de se recycler dans une autre

activité, pour autant que cela soit possible. Il a en outre rappelé que selon l'expertise réalisée par la clinique [...], le demandeur disposait, dès le 14 mai 2007, d'une capacité de travail à 50 % dans son ancienne profession de chauffeur-livreur et que, depuis cette date, il jouissait d'une pleine capacité de travailler dans une activité adaptée, soit une activité n'impliquant pas le port itératif de charges supérieures à 20-25 kg. Au surplus, le conseil de la défenderesse a fait remarquer que la validité de l'accord dérogatoire au sens de l'art. 324a al. 4 CO était subordonnée au respect de la forme écrite qualifiée, que celle-ci n'avait en l'espèce pas été observée, de sorte que la police d'assurance collective conclue par la défenderesse n'avait pas valeur d'accord dérogatoire au sens de la disposition précitée, mais tenait uniquement lieu de bonus pour le personnel de cette dernière. Le conseil de la défenderesse a finalement conclu au rejet des conclusions de la demande, arguant que leur admission reviendrait à considérer l'employeur comme l'assureur de l'assurance en question.

29. Le 7 avril 2009, le Tribunal de céans a rendu le dispositif suivant :

" **I. rejette** les conclusions de la demande déposée le 6 décembre 2007 par A. _____ à l'encontre de C. _____;

II. arrête les frais de justice à Fr. 1'830.- (mille huit cent trente francs) à la charge du demandeur et à Fr. 2'650.- (deux mille six cent cinquante francs) à la charge de la défenderesse;

III. dit que si aucune demande de motivation du présent jugement n'est présentée dans le délai légal, les frais de justice prévus sous chiffre II ci-dessus seront réduits à Fr. 1'580.- (mille cinq cent huitante francs) à la charge du demandeur et à Fr. 2'400.- (deux mille quatre cents francs) à la charge de la défenderesse;

IV. dit que A. _____ est le débiteur de C. _____ de la somme de Fr. 7'270.- (sept mille deux cent septante francs), TVA en sus sur Fr. 4'620.- (quatre mille six cent vingt francs), à titre de pleins dépens, à savoir:

- Fr. 4'620.- (quatre mille six cent vingt francs), plus TVA, à titre de participation aux honoraires de son conseil et pour les débours de celui-ci, et

- Fr. 2'650.- (deux mille six cent cinquante francs) en remboursement de ses frais de justice;

V. dit que si aucune demande de motivation du présent jugement n'est présentée dans le délai légal, les dépens prévus sous chiffre IV ci-dessus seront réduits à Fr. 7'020.- (sept mille vingt francs), TVA en sus sur Fr. 4'620.- (quatre mille six cent vingt francs);

VI. rejette toutes autres ou plus amples conclusions. "

30. Par courrier du 9 avril 2009, le demandeur a présenté une demande de motivation. »

En droit, les premiers juges ont considéré que, dès lors que le demandeur avait exercé son droit de libre passage et conclu avec K._____ une police avec effet au 1^{er} décembre 2006, il pouvait prétendre depuis cette date au versement des prestations de l'assureur, dans la limite de temps de 730 jours prévue par la police d'assurance individuelle. L'assureur étant seul tenu au versement des indemnités journalières prévues par la police d'assurance individuelle, la défenderesse ne pouvait être reconnue responsable de l'éventuelle inexécution des obligations à charge de l'assureur. Au surplus, les premiers juges ont constaté que le demandeur ne pouvait se prévaloir de la convention conclue avec son ancien et nouvel employeur le 20 décembre 2006 pour bénéficier d'un régime dérogatoire plus favorable que celui prévu par les conditions générales de l'assurance collective conclue par la défenderesse en faveur de son personnel ; non seulement l'existence d'un régime favorable n'était pas démontrée, mais la clause stipulant que le demandeur restait au bénéfice des droits acquis du fait du nombre d'années passées au service de son ancien employeur ne pouvait être interprétée que comme l'engagement, de la part de la défenderesse, de prendre en compte ce nombre d'années pour fixer l'étendue du droit au salaire et non comme un engagement de conclure un régime conforme à celui qui liait initialement le demandeur à son ancien employeur.

B. Par acte du 28 août 2009, A._____ a recouru contre ce jugement, concluant principalement à sa réforme en ce sens que C._____ est sa débitrice d'un montant de 59'314 fr. 20 avec intérêt à 5 % l'an dès le 31 mars 2007 et que les frais de justice et dépens de première instance sont intégralement mis à la charge de la défenderesse, y inclus une équitable participation aux honoraires de son conseil ; subsidiairement, il a conclu à l'annulation du jugement.

Dans son mémoire du 16 novembre 2009, le recourant a développé ses moyens et confirmé ses conclusions.

L'intimée C._____ a conclu par acte du 22 février 2010 au rejet du recours avec suite de frais et dépens.

En droit :

1. Le recours est dirigé contre un jugement rendu par un tribunal d'arrondissement en procédure accélérée (art. 2 al. 1 let. b LJT [loi cantonale du 17 mai 1999 sur la juridiction du travail; RSV 173.61] et 336 let. b CPC [Code de procédure civile du 14 décembre 1966; RSV 270.11]). Il est recevable tant en réforme (art. 451 ch. 2 CPC) qu'en nullité (art. 444-445 CPC). Les conclusions prises en réforme ne sont ni nouvelles ni plus amples (art. 452 al. 1 CPC); elles sont recevables.

2. Saisie d'un recours en réforme contre un jugement principal rendu par un tribunal d'arrondissement statuant en procédure accélérée, 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. 1ter 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 est conforme aux pièces du dossier et aux autres preuves administrées. Il convient toutefois de le compléter sur le point suivant : le chiffre 14.5 des conditions générales de la police

d'assurance collective conclue par C._____ indique en particulier que l'assureur a, « dans les limites des dispositions de l'assurance individuelle, l'obligation de garantir à l'assuré qui sort de l'assurance collective les prestations qui lui étaient accordées selon cette dernière » (pièce 102).

Il n'y a pas lieu de procéder à une instruction complémentaire, la cour de céans étant à même de statuer en réforme.

3. a) En vertu de l'art. 324a CO, si le travailleur est empêché de travailler sans faute de sa part pour des causes inhérentes à sa personne, telles que maladie, accident, accomplissement d'une obligation légale ou d'une fonction publique, l'employeur lui verse le salaire pour un temps limité, y compris une indemnité équitable pour le salaire en nature perdu, dans la mesure où les rapports de travail ont duré plus de trois mois ou ont été conclus pour plus de trois mois (al. 1). Sous réserve de délais plus longs fixés par accord, contrat-type de travail ou convention collective, l'employeur paie pendant la première année de service le salaire de trois semaines et, ensuite, le salaire pour une période plus longue fixée équitablement, compte tenu de la durée des rapports de travail et des circonstances particulières (al. 2). La jurisprudence cantonale a concrétisé l'obligation de l'employeur de verser le salaire par l'application de l'échelle dite bernoise, qui prévoit une indemnisation de six mois de salaire en cas d'empêchement du travailleur survenant entre la 20^{ème} et la 24^{ème} année de service. Dans le calcul du droit global du salaire selon l'art. 324a CO, les indemnités LAA doivent être imputées (Aubert, Commentaire romand, n. 13 ad art. 324b CO).

b) En l'espèce, il est constant que le recourant a été engagé le 1^{er} janvier 1997 par l'intimée et qu'il a obtenu de rester « au bénéfice des droits acquis du fait du nombre d'années passées au service de T._____, notamment en ce qui concerne le droit au salaire en cas d'empêchement de travailler sans faute ». L'accident ayant eu lieu le 23 février 2006, le recourant se trouvait dans sa 21^{ème} année de service dès lors que le temps passé chez son précédent employeur doit être pris en compte,

conformément au contrat d'engagement du 20 décembre 1996. Il a perçu de la SUVA des indemnités LAA dès le 26 février 2006 (3^{ème} jour d'incapacité de travail) jusqu'au 13 août 2006. Ensuite, l'intimée lui a versé son plein salaire jusqu'à fin novembre 2006, date de la fin des rapports de travail (cf. jugement, p. 25). Dès lors qu'il a bénéficié d'indemnités LAA qui doivent être prises en compte dans le calcul, puis du salaire versé par l'intimée jusqu'à la fin des rapports de travail sur une période de neuf mois, l'intimée a respecté ses obligations découlant du régime de base de l'art. 324a al. 1 à 3 CO.

4. Selon l'art. 324a al. 4 CO, il est possible déroger à ces dispositions à condition d'accorder au travailleur des prestations au moins équivalentes. La dérogation implique un accord écrit qui comporte les points essentiels du régime conventionnel.

Cette exigence n'est pas réalisée ici, à défaut de toute convention écrite remplissant les conditions formelles. Il n'y a donc pas d'accord dérogatoire en vertu de l'art. 324a al. 4 CO qui obligerait l'intimée.

5. a) En principe, l'obligation de payer le salaire prend fin en même temps que le contrat de travail (TF 4C.315/2006 du 10 janvier 2007 c. 3.1; Wyler, Droit du travail, 2^{ème} éd., Berne 2008, p. 231). Toutefois, il est possible que, dans un accord ne respectant pas la forme voulue à l'art. 324a al. 4 CO, l'employeur se soit engagé à conclure une assurance perte de gain, avec une couverture pour une période plus longue que le délai de congé. Un tel accord, favorable à l'employé, n'est pas soumis à une forme particulière (ATF 131 III 623 c. 2.5.2). Lorsque l'employeur ne conclut pas l'assurance convenue et que le contrat de travail est résilié, l'employé en incapacité subit un dommage dont il peut demander réparation en vertu de l'art. 97 CO en raison de l'inexécution par l'employeur de l'engagement pris de conclure une assurance (Carruzzo, Le contrat individuel de travail, 2009, n. 21 ad art. 324a CO, p. 215).

Dans un arrêt du 11 septembre 1995 paru à la SJ 1996, p. 373, le Tribunal fédéral a rappelé que, lorsque l'employeur s'engage à souscrire en faveur du salarié une assurance pour le paiement d'indemnités journalières pour une période plus longue que le délai de congé, le salarié peut comprendre de bonne foi que la couverture d'assurance n'est pas liée au maintien des rapports de travail. (c. 2). Ensuite, le Tribunal fédéral a relevé que, lorsque l'employeur s'engage à assurer son employé contre la maladie, il répond de la couverture promise. En particulier, il est tenu de réparer le préjudice causé à l'employé s'il a omis de conclure le contrat d'assurance nécessaire (c. 4a). Dans le cas jugé, il a été admis que l'employeur engageait sa responsabilité et était tenu à des dommages-intérêts. Celui-ci avait certes conclu un contrat d'assurance, mais la couverture d'assurance promise à l'employé était plus étendue que l'assurance effectivement conclue, de sorte que l'employeur était tenu de la différence non couverte (c. 4b).

Dans une autre affaire, le Tribunal fédéral a rappelé le principe exposé au considérant 2 de l'arrêt du 11 septembre 1995 précité, en vertu duquel, lorsque l'employé a droit selon la couverture d'assurance à des indemnités pour une longue période, il peut de bonne foi considérer que cette couverture continuera même si le contrat de travail est résilié (ATF 124 III 126 c. 2). Le Tribunal fédéral a ensuite jugé que l'employeur qui ne concluait pas l'assurance prévue par la convention collective de travail engageait sa responsabilité et devait supporter le préjudice subi par l'employé lié à l'absence de couverture d'assurance (c. 4).

Il résulte de ces deux arrêts qu'une obligation de l'employeur de réparer le préjudice doit résulter d'un engagement non tenu de sa part quant à la souscription d'une assurance, soit qu'une assurance insuffisante ait été conclue (c'est le cas du premier arrêt), soit qu'aucune assurance n'ait été conclue (c'est le deuxième arrêt). Il s'agit donc d'une obligation de l'employeur qui découle de l'inexécution d'un engagement. Cette question est indépendante de celle visant à savoir si l'employé dont le contrat de travail a été résilié est ou non encore couvert par l'assurance

collective au-delà de l'échéance du contrat de travail, question qui s'inscrirait dans un litige entre l'assuré (l'employé) et l'assureur.

b) En l'espèce, il n'est pas contesté que l'intimée a souscrit une assurance collective pour ses employés auprès de K._____. On peut donc en déduire un engagement de l'intimée de conclure une assurance collective. L'assurance qu'elle a conclue avec K._____ prévoit certes que la couverture passe de 730 jours à 180 jours après la fin des rapports de travail, à moins que l'assuré conclue une assurance individuelle. Or, le recourant a conclu une assurance individuelle (cf. jugement, p. 26), à la suite du courrier de K._____ du 17 novembre 2006 qui lui expliquait que le passage en assurance individuelle lui permettrait de conserver les mêmes prestations (cf. pièces 16 et 102, plus particulièrement les ch. 12.4 et 14.5 des conditions générales, dont on déduit que le passage en assurance individuelle permet de conserver la couverture de l'assurance collective).

Il résulte de ce qui précède que le recourant bénéficie d'une couverture d'assurance identique à la couverture d'assurance collective. On ne saurait donc reprocher à l'intimée un quelconque manquement lié à un déficit d'assurance. Contrairement aux arrêts précités (Sj 1996 p. 373 et ATF 124 III 126), l'intimée n'a pas manqué à ses obligations en omettant de souscrire une assurance qu'elle avait promise de conclure ou en souscrivant une assurance insuffisante. Il n'existe par conséquent aucune cause d'obligation en vertu de laquelle l'intimée pourrait être tenue de réparer le préjudice subi par le recourant en raison d'une absence de couverture d'assurance. Il est vrai que si le recourant bénéficie d'une couverture d'assurance identique à la couverture d'assurance collective, c'est parce qu'il a donné suite à la proposition de K._____ de passer en assurance individuelle. Toutefois, en pareil cas, l'employeur pourrait tout au plus être redevable du remboursement des primes payées par l'employé (cf. Carruzzo, op. cit., n. 22 ad art. 324a CO, p. 217). En l'espèce, le recourant n'invoque ni n'établit aucun dommage relatif aux primes payées.

Dès lors qu'une assurance collective est souscrite, il incombe au recourant de faire valoir ses droits contre l'assureur (cf. art. 87 LCA [loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance ; RS 221.229] ; ATF 122 V 81 c. 1b, p. 84). Le recourant ne dispose d'aucune créance contre l'intimée. Celle-ci a rempli ses obligations d'une part en versant au recourant le salaire qui lui incombait en vertu du régime de base de l'art. 324a CO (cf. supra c. 3) et d'autre part en mettant le recourant au bénéfice d'une assurance collective, qui a perduré après la résiliation du contrat de travail par le biais du passage en assurance individuelle. Que l'assureur ait en l'état refusé ses prestations au recourant est une pure question d'assurance, qui est dépourvue de toute portée par rapport à l'intimée. Celle-ci avait pour seules obligations de verser le salaire selon le régime de base de l'art. 324a CO et de mettre le recourant au bénéfice d'une couverture d'assurance. Elle les a respectées. Le refus de l'assureur de payer le recourant ne saurait impliquer que l'intimée doive se substituer à l'assureur. Celle-ci n'a aucune obligation à cet égard et elle devait seulement veiller à ce qu'une assurance soit conclue, ce qui a été le cas. Il s'agit désormais d'un litige entre le recourant et l'assureur. Le recours doit par conséquent être rejeté.

6. Par surabondance, il convient encore de relever que, à l'égard d'un employeur qui aurait omis de souscrire une assurance collective et qui serait tenu de réparer le dommage, la doctrine admet que l'employeur n'aurait pas à verser plus que ce qu'aurait obtenu l'employé s'il avait été assuré (Carruzzo, op. cit., n. 21 ad art. 324a CO, pp. 215-216). En l'espèce, - outre qu'on ne peut reprocher à l'intimée un manquement quant à la souscription d'une assurance, ce qui justifie comme on l'a vu le rejet du recours -, l'assureur a jusqu'ici refusé de payer le recourant en contestant qu'il soit incapable de travailler. Le dommage n'a ainsi pas pu être établi, si bien qu'il serait également exclu pour ce motif de contraindre l'intimée à un paiement.

7. Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et le jugement confirmé.

Les frais de justice du recourant sont arrêtés à 446 fr. (art. 10 al. 2 LJT et 232 al. 1 TFJC [Tarif du 4 décembre 1984 des frais judiciaires en matière civile, RSV 270.11.5]).

Par ces motifs,
la Chambre des recours du Tribunal cantonal,
statuant en audience publique,
p r o n o n c e :

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** Le jugement est confirmé.
- III.** Les frais de deuxième instance du recourant sont arrêtés à 446 fr. (quatre cent quarante-six francs).
- IV.** Le recourant A._____ doit verser à l'intimée C._____ la somme de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens de deuxième instance.

Le vice-président :

La greffière :

Du 7 avril 2010

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

La greffière :

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 Eduardo Redondo (pour A. _____),
- Me Frank Tièche (pour C. _____).

La Chambre des recours considère que la valeur litigieuse est de 59'340 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 :

- M. le Président du Tribunal civil de l'arrondissement de l'Est vaudois.

La greffière :