

**COUR D'APPEL CIVILE**

---

---

Arrêt du 7 août 2024

---

Composition : Mme CRITTIN DAYEN, présidente  
Mme Giroud Walther et M. Segura, juges  
Greffière : Mme Schwendi

\*\*\*\*\*

**Art. 8 CC ; 114 let. e et 243 al. 2 let. e CPC ; 4 al. 1 à 3, 6, 9 et 40  
aLCA**

Statuant sur l'appel interjeté par **T.\_\_\_\_\_ SA**, à [...], contre le jugement rendu par la Présidente du Tribunal civil de l'arrondissement de La Côte le 3 août 2022 dans la cause divisant l'appelante d'avec **G.\_\_\_\_\_**, à [...], la Cour d'appel civile du Tribunal cantonal considère :

**En fait :**

**A.** Par jugement du 3 août 2022, motivé le 8 mai 2023 et notifié le lendemain aux parties, la Présidente du Tribunal civil de l'arrondissement de La Côte (ci-après : la présidente) a dit que T.\_\_\_\_\_ SA devait à G.\_\_\_\_\_ immédiat paiement de la somme de 16'323 fr., avec intérêts à 5 % l'an dès le 15 septembre 2019 (I), a dit qu'il n'était pas perçu de frais judiciaires (II), a dit que T.\_\_\_\_\_ SA devait verser à G.\_\_\_\_\_ la somme de 4'000 fr. à titre de dépens (III) et a rejeté toutes autres ou plus amples conclusions (IV).

En droit, notamment amenée à statuer sur la couverture d'indemnités journalières relatives à l'incapacité de travail de G.\_\_\_\_\_ pour la période comprise entre le 1<sup>er</sup> juin et le 30 novembre 2019, la présidente a en substance considéré que la résiliation de la couverture d'assurance LCA (loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 ; RS 221.229.1) du précité par T.\_\_\_\_\_ SA était injustifiée et que l'ayant-droit était donc fondé à demander le versement des indemnités conformément à la police d'assurance.

**B.** Par acte du 7 juin 2023, T.\_\_\_\_\_ SA (ci-après : l'appelante) a interjeté appel de ce jugement en concluant principalement à sa réforme, en ce sens que la demande en paiement formée par G.\_\_\_\_\_ soit déclarée mal fondée et que toutes ses conclusions soient intégralement rejetées. Elle a en outre conclu à ce que G.\_\_\_\_\_ soit condamné à lui restituer la somme de 11'248 fr., avec intérêts à 5 % dès le 5 octobre 2019, et à ce qu'il soit donné acte à G.\_\_\_\_\_ que l'appelante renonce à réclamer la somme de 3'000 fr. au titre de remboursement des frais d'enquête. Enfin, elle a conclu à ce que G.\_\_\_\_\_ soit débouté de toutes ses conclusions et condamné en tous les frais et dépens.

G.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'intimé) n'a pas été invité à se déterminer.

**C.** La Cour d'appel civile retient les faits pertinents suivants, sur la base du jugement complété par les pièces du dossier :

**1. a)** L'intimé, né le [...] 1962, est au bénéfice d'une formation de [...].

**b)** L'appelante, qui a succédé de plein droit à la société [...] par contrat de fusion du [...] 2021, est une société anonyme inscrite au Registre du commerce du canton [...] depuis le [...] 2000. Elle a notamment pour but économique l'exploitation des branches d'assurances non-vie.

**2. a)** L'intimé partage sa vie avec Q.\_\_\_\_\_ (ci-après : la compagne de l'intimé). Le couple est actif sur le plan professionnel dans le domaine de la restauration, les précités ayant notamment exploité divers établissements ces dernières années.

**b)** Le 13 février 2017, l'intimé a repris l'exploitation d'un établissement de restauration situé à [...] et l'a fait inscrire au registre du commerce sous la raison individuelle « [...] ». La compagne de l'intimé y a été engagée en tant qu'employée à une date indéterminée.

**c)** A compter du 1<sup>er</sup> mars 2017, l'intimé a conclu une couverture d'assurance indemnités journalières auprès de l'appelante dans le but d'assurer son personnel en cas de maladie. En sa qualité de titulaire de l'entreprise individuelle, l'intimé n'était pas couvert par cette assurance.

**3. a)** Le 25 avril 2018, la compagne de l'intimé a repris l'exploitation de l'établissement détenu par l'intimé, sous la raison sociale « [...] ».

L'intimé a été engagé par la société précitée le [...] 2018 en qualité de [...] à plein temps.

**b)** La raison individuelle « [...] » a été radiée le [...] 2018 par suite de cessation d'activité.

**4. a)** Le 14 juin 2018, la compagne de l'intimé a complété une proposition d'assurance auprès de l'appelante pour le compte de la société [...], afin d'assurer son personnel contre les conséquences économiques d'une incapacité de travail. Le formulaire de cette proposition contenait notamment un questionnaire, auquel l'intéressée a répondu par la négative aux chiffres 4a à 4c, ainsi libellés :

« 4. Parmi les personnes à assurer y-a-t-il quelqu'un qui pour cause de maladie (excepté cas de grossesse) :

- a. est actuellement en incapacité de travail (partielle ou totale) ?
- b. a planifié une incapacité de travail de plus de 30 jours ?
- c. a dû interrompre, suite à une ou plusieurs incapacités de travail, son activité professionnelle durant plus de 60 jours au cours des 24 derniers mois (les jours d'incapacité partielle sont comptés comme jours entiers) ? ».

**b)** Par courrier de confirmation du 21 juin 2018, l'appelante a accepté la proposition d'assurance formulée par la société [...] et a conclu une police d'assurance « indemnité journalière selon LCA », avec effet rétroactif au 1<sup>er</sup> juin 2018. Dite police prévoyait une couverture pendant 730 jours de 80 % du salaire des assurés en cas d'incapacité de travail.

En annexe à la police susmentionnée, figuraient notamment les « Conditions générales de l'assurance collective d'une indemnité journalière en cas de maladie selon la LCA » (ci-après : CGA), édition 01.09.2016, lesquelles faisaient partie intégrante du contrat d'assurance.

**5. a)** L'intimé a été en incapacité totale de travail du 29 juin 2018 au 31 décembre 2018, en raison notamment de [...], [...] et [...]. Il a vu son

incapacité réduite à un taux de 90 % du 1<sup>er</sup> janvier 2019 au 14 septembre 2019, puis s'est à nouveau retrouvé en incapacité totale du 15 septembre 2019 au 30 novembre 2019.

**b)** La Dre [...], médecin généraliste de l'intimé, a adressé son patient auprès de plusieurs spécialistes en vue d'établir un diagnostic médical.

Selon un rapport médical délivré le 9 juillet 2018 par le Dr [...], spécialiste FMH en neurologie, l'intimé présenterait une « probable [...] ». Il a été précisé que cet état médical serait en « probable relation avec [...] ». Dans un rapport du 24 juillet 2018, le diagnostic précité a été confirmé par le Dr [...], spécialiste FMH en neurologie, lequel a été consulté à la demande du Dr [...]. Dans ce rapport, le neurologue a également exposé que l'infection [...] présente chez l'intimé n'avait jamais été traitée.

Dans un second rapport médical, établi le 27 juillet 2018 par le Dr [...], celui-ci a confirmé le diagnostic susdécrit. Il a en outre été précisé qu'il s'agissait d'une « [...] ». Le praticien a en outre indiqué que le patient n'avait effectué aucun traitement [...] jusqu'à ce jour.

Les consultations médicales de l'intimé auprès du Dr [...] se sont poursuivies durant l'été 2018. Dans un compte-rendu établi le 16 août 2018, le spécialiste a à nouveau confirmé le diagnostic précédemment posé et a ajouté l'existence d'une possible « [...] » - selon un examen IRM effectué le 17 juillet 2018, ainsi qu'une possible « [...] ».

**c)** Le 28 décembre 2018, la déclaration d'incapacité de travail de l'intimé a été transmise à l'appelante par la fiduciaire [...] à [...], laquelle a agi pour le compte de la société [...].

**d)** Par courrier du 16 janvier 2019, l'appelante a informé l'employeur de l'intimé que des démarches usuelles d'instruction étaient menées afin de déterminer son droit aux prestations d'indemnité

journalière pour perte de gain et que, dans l'intervalle, son droit aux indemnités journalières était suspendu dès le 29 juin 2018.

**e)** Le 28 janvier 2019, la Dre [...] a délivré à l'appelante un rapport médical aux fins de déterminer le droit aux prestations d'indemnités journalières de l'intimé.

Sous le point 2.1 de ce rapport, intitulé « Diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail », la praticienne a confirmé le diagnostic médical posé le 16 août 2018 par le Dr [...]. Sous le chapitre 4.1 « Anamnèse (en relation avec l'incapacité de travail) », elle a précisé que l'intimé décrivait depuis deux ans des [...] et des [...].

S'agissant des limitations objectives rencontrées par l'intimé dans le cadre de son activité professionnelle, la Dre [...] a fait état d'une fatigabilité au travail, de troubles de l'équilibre avec difficulté à rester debout pendant une longue durée, de difficultés pour porter des casseroles et de l'impossibilité de servir des plats. Elle a, pour le surplus, réservé le pronostic médical concernant l'intimé.

**6.** L'intimé a été partiellement indemnisé par l'appelante pour son incapacité de travail. Le montant journalier de l'indemnité s'élevait à 94 fr. 68 brut.

Selon des décomptes établis respectivement les 11 février, 17 avril et 12 juin 2019, l'intimé a perçu de l'appelante à titre d'indemnités journalières les sommes de 1'017 fr. 25 pour la période du 21 décembre 2018 au 31 janvier 2019, de 7'583 fr. 85 pour la période du 1<sup>er</sup> février au 30 avril 2019, ainsi que de 2'641 fr. 55 du 1<sup>er</sup> mai 2019 au 31 mai 2019, à savoir un montant total de 11'242 fr. 65.

**7.** Sur mandat de l'appelante, l'intimé a fait l'objet d'une surveillance secrète entre les 12 et 16 février 2019. L'objectif de cette mesure visait à définir si l'intimé présentait des limitations fonctionnelles visibles ou apparentes, d'observer son emploi du temps quotidien et de

déterminer une éventuelle activité professionnelle ou occasionnelle.

Dans la partie « synthèse » du rapport délivré le 17 février 2019, les enquêteurs chargés de la surveillance ont précisé que, durant la période d'observation, l'intimé présentait une certaine difficulté à marcher.

L'intimé a fait l'objet d'une deuxième surveillance secrète entre les 4 et 18 juin 2019.

**8.** Le 4 juillet 2019, un entretien s'est tenu dans les locaux de l'appelante entre l'intimé et un représentant de la précitée. A cette occasion, l'intimé a été auditionné. Les passages pertinents des trois phases de cette entrevue sont retranscrits ci-dessous (cf. *infra* consid. 9a à 9c).

**a)** Il ressort de la première phase de l'entretien les éléments déterminants suivants :

#### Répercussion(s) de l'atteinte à la santé

« Q : Selon un formulaire de déclaration d'incapacité de travail maladie daté du 10 juin 2018, portant le timbre de la fiduciaire [...], vous êtes « [...] », engagé par [...] sis à [...] (soit [...]) à partir du 1<sup>er</sup> mai 2018 à un taux d'occupation de 100% pour 45 heures par semaine, pour un salaire brut de CHF 3600.-/mois. Est-ce exact ?

R : Oui, c'est correct.

Q : Dès le 29 juin 2018, vous vous trouvez en incapacité de travail pour maladie. Est-ce correct ?

R : Oui, c'est cela. Je pense même m'être trouvé en maladie déjà avant, mais je n'en suis pas certain.

Q : Le formulaire susmentionné aurait, selon la date y figurant, été rédigé avant le début de votre incapacité. Y-a-t-il une raison particulière à cela ?

R : Je ne comprends pourquoi, il s'agit certainement d'une erreur. Je ne suis, de mémoire, pas en mesure de vous dire si mon incapacité a commencé début juin ou fin juin 2018. Il s'agirait de vérifier auprès de mon médecin-traitant qui me délivre les certificats d'incapacité. Il s'agit du Dr [...] à [...].

Q : Par ailleurs, ledit formulaire ne nous est parvenu que tardivement, le 28 décembre 2018. Quelle en est la raison ?

R : Je ne sais pas, j'imagine que la responsable de la fiduciaire, Mme [...], était débordée et n'a pas fait suivre ce document dans les temps. Je crois qu'elle gère une soixantaine de restaurant (*sic*).

Q : Le 24 janvier 2019, vous avez reçu la visite, à votre domicile, de notre inspecteur de sinistres. Ce dernier rapporte, selon vos indications, que vous souffrez de

[...], depuis environ deux ans, et consultez chaque année au [...] pour cette affection. Est-ce exact ?

R : Oui, je le confirme. Je consulte également à [...]. J'essaie de demander l'avis à plusieurs médecins afin de trouver une solution.

Q : Votre incapacité de travail, en janvier 2019, était de 90%, à réévaluer. Vous n'étiez alors pas prêt à reprendre votre activité, consacrant vos journées à vous reposer. Est-ce juste ?

R : Oui, c'est juste. Je précise que je suis toujours fatigué. [...].

Q : Par la suite, comment a évolué votre situation médicale ? Etes-vous demeuré en incapacité de travail à 90% jusqu'à ce jour ?

Q : Actuellement je fais de la médecine chinoise, 12 séances d'acupuncture, mais cela n'a pas changé grand-chose. Ma situation médicale ne s'est donc pas améliorée et je suis demeuré jusqu'à ce jour en incapacité à 90 %.

Q : Quelle est votre situation médicale actuellement ?

R : J'ai une perte de sensation sous les pieds, ce qui induit des pertes d'équilibre et, en plus de cela, il y a le problème des [...]. C'est-à-dire que j'ai la sensation d'avoir les pieds « gelés » ou des « fourmis ». De plus, je n'ai pas de force dans les jambes. J'ai du mal à m'accroupir ou monter un escalier par exemple.

Q : A quoi est consacré le 10% de votre capacité de travail ?

R : Je consacre ce 10% à faire les menus. Je m'occupe de faire les commissions, notamment chez [...] et cela prend passablement de temps. Il faut compter une heure de trajet aller-retour, puis une heure sur place au magasin, donc rien que cela prend deux heures. Je m'occupe de cette tâche au minimum deux à trois fois par semaine. Pour répondre à votre question, je vais chercher les victuailles chez nos fournisseurs et je l'ai (*sic*) ramène au restaurant. Quant aux menus, je les conçois sur le papier et je les planifie pour la semaine. En fonction de cela j'effectue les courses, comme je vous le disais, et je conseille ma cuisinière. J'ai également un pizzaiolo. En fait, je conseille mon staff de cuisine, qui est constitué de deux ou trois personnes en fonction de l'importance de la clientèle.

Q : Comment organisez-vous concrètement votre capacité de travail résiduelle ?

R : Il n'y a pas vraiment d'organisation. Cela fait des années que je travaille dans la restauration et je ne compte pas mes heures. Parfois, je travaille une demi-heure de plus que prévu, ou une demi-heure de moins, il n'y a pas vraiment de règles. Dans la restauration, ce n'est pas comme dans l'administration, il n'y a pas vraiment d'horaires fixes. Je pense consacrer environ 4 heures ou 4 heures et demie de travail par semaine pour les tâches que je viens de vous mentionner.

Q : Avant votre présente incapacité de travail, pouvez-vous nous décrire qu'elle était votre fonction au sein de l'entreprise vous employant et quelles étaient les tâches qui vous étaient demandées ?

R : Je suis [...]. Donc ma fonction consiste à établir le menu, faire les courses, passer les commandes, être au fourneau et diriger les autres membres de l'équipe.

Q : Quel était le déroulement d'une de vos journées professionnelles type ?

R : Je prenais mon service vers 9 heures le matin au restaurant. J'y demeurais jusqu'aux environs de 14 heures ou 14 heures 30 en fonction du nombre de clients. Ensuite, il y avait une pause jusqu'aux environs de 19 heures, heure à laquelle je retournais à l'auberge pour le service du soir, et ce jusqu'aux environs de 22 ou 23 heures. En général, et en moyenne, cela était plutôt vers 22 heures, même plus tôt en hiver. Il est vrai que l'été les heures d'ouverture de l'établissement ont tendances à se prolonger.

Q : Quel est actuellement le déroulement d'une de vos journées type ?

R : Hormis les courses professionnelles susmentionnées, je demeure à mon domicile car il n'y a pas grand-chose à faire à [...]. Je regarde la télévision, je passe du temps sur l'ordinateur, etc...

Q : Quels sont les travaux que vous ne pouvez plus réaliser à votre poste de travail pour des raisons médicales (par exemple : porter des charges de + 5 kg, collaborer avec mon responsable, etc.) : .

R : Je peux porter 10 ou 15 kilos mais pas au-delà. Auparavant j'étais sportif mais actuellement je me sens vraiment en mauvaise forme. Je souhaiterais juste être en bonne santé et ne pas faire « chier » les assurances mais je n'arrive pas. Je fatigue vite et en résumé la raison majeure de mon incapacité est que je ne suis pas en mesure de demeurer debout longtemps. Cela dépend des jours, si je suis bien je vais peut-être pouvoir me tenir debout 30 minutes, mais en tout cas jamais plus longtemps que cela. Dans les mauvais jours je ne tiens pas debout plus de 5 minutes. Pour répondre à votre question mon travail en question s'exerce précisément debout.

Q : Quelles sont les activités de la vie courante et sportives que vous ne pouvez plus réaliser pour des raisons médicales (par exemple : conduire une voiture ou une moto, porter les sacs à commissions, passer l'aspirateur, course à pied, marche, natation, fitness, etc.).

R : J'ai dû renoncer au footing. Avant je faisais également des pompes et des abdos, maintenant je ne fais plus rien car je n'ai plus de force. En revanche, faire les courses, conduire une voiture, charger et décharger un coffre, cela j'arrive encore.

Q : Quelles sont les activités de la vie courante et sportives que vous pouvez encore réaliser en dépit de votre situation médicale ? Comment occupez-vous vos journées (par ex : physiothérapie, repos).

R : Je fais les commissions pour le restaurant, comme je vous l'ai déjà expliqué. Le reste de la journée je la (*sic*) passe à la maison car je ne me sens pas bien.

Q : Envisagez-vous une reprise partielle, voire totale de votre travail (date et taux d'incapacité) ?

R : Non, je n'envisage aucunement une reprise quelconque. C'est de toute façon les médecins qui détermineront ma capacité car je suis malade ».

### Données professionnelles

« Q : Avez-vous pu exercer une activité lucrative ces 12 derniers mois, autre que celle auprès de votre employeur actuel (activité principale ou accessoire, salariée ou indépendante, régulière ou irrégulière, déclarée ou non déclarée, etc.) ?

R : Non. »

### Environnement professionnel et personnel

« Q : Si vous pensez ne plus être capable de reprendre le travail à votre poste actuel, vous sentez-vous en revanche capable de travailler ailleurs dans l'entreprise ou, si nécessaire, chez un autre employeur :

R : Non.

Q : Dans la négative, pourquoi :

R : En tout cas, je ne peux pas envisager de reprendre une activité dans la restauration.

**b) La seconde partie de l'entretien contient en particulier les éléments pertinents suivants :**

« Q : A partir de quelle date avez-vous commencé à travailler à [...] à [...] ?

R : Je pense, si je ne me trompe pas, en février 2017.

Q : Vous figurez dans les médias comme ayant repris cette auberge aux côtés de votre compagne, Mme Q. \_\_\_\_\_, dès le mois de mai 2017. Confirmez-vous cela ?

R : Oui, l'article est peut-être paru au mois de mai 2017, mais nous avons ouvert au mois de mars 2017.

Q : Selon nos données administratives, [...] était déjà assurée par [...] sous la forme d'une société simple (contrat client [...]), à votre nom, avant la création de [...] (en avril 2018). Est-ce exact ?

R : Oui, cela est sûrement exact si vous le dites. Je n'ai plus tout cela en tête.

Q : Avant la création de la [...], et avant le 1<sup>er</sup> juin 2018, vous n'étiez pas assuré par cette police qui englobait uniquement, comme cercle des assurés, les employés. Est-ce correct ?

R : Je n'en sais rien, c'est Q. \_\_\_\_\_ qui s'occupe de cela, moi je n'en sais rien.

Sur question, je vous confirme que Q. \_\_\_\_\_ est ma compagne.

Q : Assuré à partir du 1<sup>er</sup> juin 2018, vous êtes, dès le 29 juin 2018, en incapacité totale de travail. Avez-vous un commentaire à faire à ce sujet ?

R : Non, aucun commentaire.

Q : Il appert de nos recherches, si l'on en croit les réseaux sociaux, que vous avez poursuivi une activité professionnelle en cuisine en dépit de votre incapacité. Qu'avez-vous à dire ?

R : Non, je n'ai rien à vous dire à ce sujet. Je le conteste, je n'ai pas travaillé.

Q : Nous trouvons notamment mention de votre activité à [...] en novembre 2018 et janvier 2019, par le biais de clients ravis de l'accueil que vous leur avez réservé, et qui mentionnent par exemple un « petit digestif offert par le patron à la fin du repas » ou « des patrons accueillants ». Qu'en est-il ?

R : Cela ne veut rien dire. Vous cherchez la petite bête. J'habite à 100 mètres de [...], il est donc naturel que j'y passe pour y voir les clients. C'est du « public relation » et cela n'a rien à voir avec le fait de travailler.

Q : Fin novembre 2018, contacté téléphoniquement, vous indiquiez ne pas pouvoir répondre à la demande dans l'immédiat, vous trouvant en cuisine et faisant face au « coup de feu ». Vous n'avez retourné l'appel que vers 14h30. Que pouvez-vous dire à ce sujet ?

R : Il est possible que je me sois alors effectivement trouvé en cuisine pour faire les desserts mais je ne m'en souviens pas. Votre questionnaire est à la « mord moi le nœud ». Je ne me souviens pas pourquoi je me serais trouvé en cuisine ce jour-là, bon d'un autre côté je suis en incapacité de travail mais faire trois boules de glace ce n'est pas la mort non plus. Je suis [...] il est donc naturel que je passe du temps au restaurant.

Q : Selon nos renseignements, vous êtes parti (*sic*) en vacances à l'étranger, en Thaïlande, de février à fin mars, en ayant omis d'en aviser nos services. Qu'en est-il ?

R : Oui vous avez certainement raison pour les dates. Et je confirme que je ne crois pas avoir avisé vos services de gestion de ce voyage.

Q : Selon nos informations, vous auriez entrepris ce voyage, avec votre compagne, ayant beaucoup travaillé et ayant besoin de vous reposer au vu de « vos jambes » ? Est-ce correct ?

R : Je n'ai rien à dire à ce sujet.

Q : Selon nos investigations et constatations, vous poursuiviez, en incapacité de travail à 90%, une activité professionnelle pleine telle que celle à laquelle on pourrait raisonnablement s'attendre de la part du patron d'un établissement. Avez-vous quelque chose à indiquer à ce sujet ?

R : Je passe effectivement du temps au restaurant et c'est normal de la part d'un [...]. Vous me faites remarquer que tout à l'heure je vous ai affirmé passer mes journées à la maison. Pour moi, la maison ou le restaurant c'est la même chose car j'habite à 120 mètres du restaurant. Je ne suis pas en mesure de vous dire combien d'heures par jour ou par semaines je passe au restaurant car cela n'est pas du tout régulier.

Lorsque je passe au restaurant, j'y demeure quelques fois 15 minutes ou une heure. Vos questions m'énervent et je ne peux pas vous en dire plus. [...] »

**c) Enfin, la dernière phase de l'entrevue a en particulier la teneur suivante :**

« Q : Nous vous avisons formellement que vous avez été observé vous trouvant physiquement dans votre établissement public, travaillant en cuisine et derrière le bar en arborant un tablier noir, servant la clientèle, vous déplaçant en véhicule et vous chargeant de collecter des victuailles avant de les décharger au restaurant, effectuant le service de midi jusqu'aux alentours de 14h00, en fonction de la fréquentation du lieu, puis effectuant le service du soir dès 19h00 et faisant la fermeture de l'établissement entre 23h00 et minuit. Qu'avez-vous à dire à ce sujet ? »

R : Non, cela n'est pas juste. Déjà, à partir de 22 heures en général, je ne me trouve plus au restaurant. Je ne sers pas au bar, tout au plus je me sers personnellement un verre d'eau. Quant à la collecte des victuailles je vous ai d'emblée expliqué qu'effectivement je m'en chargeais encore personnellement. Je n'ai rien d'autre à ajouter.

Q : Nous vous présentons une planche photographique contenant des extraits desdites observations. Avez-vous des commentaires à faire ?

R : Non je ne vois pas de commentaires à faire, je constate que je me sers un verre au bar, je décharge des commissions, je me trouve en photo avec, probablement, des « potes ».

Vous me demandez s'il ne s'agit pas plutôt de « clients ». Effectivement, lorsqu'une personne entre dans un restaurant il devient un client. Cependant, j'ai quand même le droit de servir un verre, cela n'a rien à voir avec ma maladie. Pour le reste, je n'ai rien à dire.

Vous m'affirmez que j'ai été observé effectuant la fermeture du restaurant mais je le conteste. Et de plus je conteste travailler au restaurant.

Vous m'indiquez que j'ai été observé, effectuant la fermeture, mais je maintiens que c'est faux. J'ai peut-être quitté le restaurant au moment de sa fermeture mais cela ne veut pas dire que j'y travaillais. De plus, il est possible que j'aie quitté le restaurant en compagnie des employés qui s'occupaient de la fermeture, une fois encore cela ne prouve pas que j'y travaillais.

Q : Ne devez-vous pas admettre avoir, bien que vous sachant affecté dans votre santé, souscrit une police d'assurance par le biais de votre compagne, cette dernière ayant répondu par la négative à la question « Parmi les personnes à assurer y-a-t-il quelqu'un qui pour cause de maladie a planifié une incapacité de travail de plus de 30 jours ? » ?

R : Non, je le conteste. Je suis tombé malade d'un seul coup, je n'imaginai pas pouvoir faire l'objet d'une incapacité de travail quelconque. Au surplus, c'est ma compagne qui s'est occupé de tout cela et je ne sais pas quel type de contrat d'assurance elle a signé.

Q : Dans les faits, une fois encore, vous êtes assurés depuis le 1<sup>er</sup> juin 2018 et vous vous trouvez en incapacité de travail moins d'un mois plus tard. Avez-vous un commentaire à faire ?

R : Il s'agit de la fatalité. Qu'est-ce que vous croyez que je voulais arnaquer l'assurance ? Pour 3600.- qui me sont versés par mois vous croyez que cela vaut la peine ?

Q : Avez-vous quelque-chose à ajouter ?

R : Rien. On ferme le dossier, il faut que j'y aille. »

**9. a)** Par courrier du 3 octobre 2019, l'appelante a résilié la couverture d'assurance de l'intimé avec effet rétroactif au 28 juin 2018.

A l'appui de sa décision et sur la base des observations secrètes réalisées, l'appelante a en substance exposé que, contrairement à ses déclarations du 4 juillet 2019, l'intimé avait continué à se rendre sur son lieu de travail pour le service du midi et du soir alors qu'il se trouvait en incapacité de travail. Elle a considéré que l'intéressé lui avait alors menti et/ou caché des informations, comportement qui justifiait la résiliation rétroactive de sa couverture d'assurance en vertu de l'art. 40 LCA et le remboursement des prestations versées du 21 décembre 2018 au 31 mai 2019 à hauteur de 11'248 fr., ainsi que des frais d'enquête par 15'242 fr. 15.

**b)** Par courrier du 7 novembre 2019, complété par des déterminations du 27 mai 2020, l'intimé a contesté la décision de l'appelante. Il a en substance fait valoir qu'aucun élément probant découlant de l'enquête mise en œuvre par la précitée ne permettait de conclure à une fraude de sa part et que, partant, la résiliation de sa couverture d'assurance était injustifiée.

**c)** L'appelante s'est déterminée le 3 août 2020 et a maintenu son prononcé du 3 octobre 2019.

**10. a)** Ensuite du dépôt par l'intimé en avril 2019 d'une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : Office AI), celui-ci a rendu un projet de décision favorable le 1<sup>er</sup> juillet 2020, reconnaissant à l'intimé une invalidité à 100 % et lui octroyant une rente entière à compter du 1<sup>er</sup> décembre 2019. Ce projet de décision a été communiqué à l'appelante le 22 juillet 2020.

**b)** Par décision du 7 octobre 2020, l'Office AI a confirmé son projet du 1<sup>er</sup> juillet 2020 et a octroyé à l'intimé une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> décembre 2019, déduction faite d'un délai d'attente de six mois à compter du dépôt de la demande de prestations.

**11. a)** Le 17 septembre 2020, l'intimé a saisi le Tribunal civil de l'arrondissement de La Côte d'une requête de conciliation. Les parties n'étant pas parvenues à un accord lors de l'audience du 29 octobre 2020, une autorisation de procéder a été délivrée à l'intimé le même jour.

**b)** Par demande du 27 janvier 2021, l'intimé a conclu, avec suite de frais et dépens, à ce que l'appelante soit astreinte à lui verser la somme nette de 16'323 fr., avec intérêts à 5 % l'an dès le 30 juin 2019.

**c)** Dans sa réponse du 12 avril 2021, l'appelante a notamment conclu, avec suite de frais et dépens, à ce qu'il soit statué sur la recevabilité de la demande déposée par l'intimé. Principalement, elle a conclu à ce que la demande susmentionnée soit rejetée et à ce que l'intimé soit débouté de toutes ses conclusions ou conclusions contraires. Reconventionnellement, elle a conclu à ce que l'intimé soit condamné à lui restituer la somme de 11'248 fr., plus intérêts à 5 % l'an dès le 5 octobre 2019, et à ce qu'il soit donné acte à l'intimé qu'elle renonçait à lui réclamer le montant de 3'000 fr. au titre de frais d'enquête.

**d)** Dans sa réplique du 21 juin 2021, l'intimé a confirmé les conclusions prises au pied de sa demande du 27 janvier 2021 et a conclu au rejet des conclusions reconventionnelles de l'appelante.

**e)** Par duplique du 3 septembre 2021, l'appelante a confirmé les conclusions prises le 12 avril 2021.

**f)** L'intimé a également persisté dans ses propres conclusions au pied de ses déterminations du 29 septembre 2021.

**12.** Par courriers des 9 novembre et 16 décembre 2021, les parties ont réciproquement présenté leurs offres de preuve. La présidente a délivré une ordonnance de preuves le 31 décembre suivant.

**13.** Lors de l'audience de plaidoiries finales, tenue le 8 juin 2022, les témoins de l'intimé ont été successivement entendus. Il s'agissait de [...], serveur et salarié au sein de l'établissement « [...] » jusqu'en 2021, de [...], rentier et client régulier du restaurant, et de [...], retraité. L'intimé a également été entendu en qualité de partie lors de cette audience.

Les témoins ont confirmé les problèmes médicaux présents chez l'intimé. Il ressort des témoignages que le précité rencontrerait des difficultés à se tenir debout en raison du fait qu'il ne disposerait plus de force dans ses jambes et qu'il se fatiguerait rapidement. Les témoins [...] et [...] ont précisé que les difficultés de l'intimé à se tenir debout auraient eu pour conséquence de le faire chuter à plusieurs reprises. Les trois témoins ont affirmé qu'il était impossible pour l'intimé de travailler en cuisine au regard de son état de santé. [...] a ajouté qu'il arrivait à l'intimé de conseiller et de donner des explications à son équipe en cuisine – ce qui a été confirmé par [...] – mais qu'il n'y travaillait pas lui-même.

S'agissant du fait que l'intimé avait été observé lors de la surveillance secrète alors qu'il rangeait du matériel et préparait des boissons derrière le bar, [...] a rappelé que l'intéressé était [...] et qu'il ne connaissait rien au service. Il a émis l'hypothèse que l'intéressé puisse s'être servi une boisson pour lui-même et qu'il ait servi un client au même moment. Cette supposition a également été formulée par [...].

Confrontés au fait que le rapport de surveillance indiquait notamment que l'intimé avait été aperçu en train de discuter avec la clientèle dans l'établissement et d'effectuer d'autres tâches indéterminées en date du 15 février 2019, [...] a en substance exposé qu'il ne voyait pas de quelles autres tâches il était question – tout comme [...] – et que si l'intimé discutait avec des clients, cela ne voulait pas

encore dire qu'il travaillait. [...] a quant à lui déclaré que lorsque l'intimé était présent au restaurant pour y boire son café, il lui arrivait de discuter avec les clients qui venaient prendre de ses nouvelles mais qu'il ne faisait pas le tour des tables pour discuter. Pour sa part, [...] a déclaré que l'intimé n'effectuait pas de tâches indéterminées.

Les trois témoins n'ont pas contesté le fait que l'intimé effectuait régulièrement les courses pour le restaurant. Ils ont néanmoins affirmé de manière unanime que l'intéressé n'était généralement pas en mesure d'effectuer cette tâche de manière autonome en raison de son état de santé. A cet égard, [...], qui a accompagné l'intimé dans cette activité à plusieurs reprises, a pu être témoin du fait qu'il était tombé deux fois dans le magasin [...] et que le personnel avait dû le placer sur un caddie afin de le déplacer jusqu'à son véhicule. Il a précisé avoir accompagné l'intimé faire les courses une fois par semaine environ et qu'en plus du trajet de [...] à [...], ils passaient généralement une heure sur place.

[...] a encore expliqué qu'après le déclenchement de la maladie de l'intimé, tout avait changé pour celui-ci sur le plan professionnel. Alors qu'il était auparavant [...], il a déclaré que l'intéressé se rendait au restaurant seulement pour manger puis repartait. Le témoin a encore ajouté qu'il devait aller récupérer l'intimé à son domicile puisqu'il n'était pas en mesure de se rendre seul sur place.

**14.** Le jugement, rendu sous la forme d'un dispositif le 3 août 2022, a été notifié aux parties le lendemain. Par courrier du 19 août 2022, l'appelante en a requis la motivation. Celle-ci a été notifiée le 9 mai 2023 aux parties.

## **En droit :**

### **1.**

**1.1** L'appel est recevable contre les décisions finales de première instance (art. 308 al. 1 let. a CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272]) au sens de l'art. 236 al. 1 CPC, dans les causes patrimoniales dont la valeur litigieuse, au dernier état des conclusions devant l'autorité précédente, est de 10'000 fr. au moins (art. 308 al. 2 CPC).

Ecrit et motivé, l'appel doit être introduit auprès de l'instance d'appel, soit auprès de la Cour d'appel civile (art. 84 al. 1 LOJV [loi vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; BLV 173.01]), dans les trente jours à compter de la notification de la décision motivée ou de la notification postérieure de la motivation (art. 311 al. 1 CPC)

**1.2** Formé en temps utile par une partie disposant d'un intérêt digne de protection (art. 59 al. 2 let. a CPC) contre une décision finale rendue dans une cause patrimoniale dont la valeur litigieuse était supérieure à 10'000 fr. en première instance, l'appel est recevable.

## **2.**

**2.1** L'appel peut être formé pour violation du droit ou constatation inexacte des faits (art. 310 CPC). L'autorité d'appel peut revoir l'ensemble du droit applicable, y compris les questions d'opportunité ou d'appréciation laissées par la loi à la décision du juge, et doit, le cas échéant, appliquer le droit d'office conformément au principe général de l'art. 57 CPC (ATF 138 III 378 consid. 4.3.1 ; TF 4A\_168/2022 du 10 juin 2022 consid. 5.2 et 6). Le juge d'appel contrôle librement l'appréciation des preuves effectuée par le juge de première instance (art. 157 CPC en relation avec l'art. 310 let. b CPC) et vérifie si celui-ci pouvait admettre les faits qu'il a retenus (ATF 138 III 374 consid. 4.3.1 ; TF 4A\_238/2015 du 22 septembre 2015 consid. 2.2). Compte tenu de ce pouvoir, le juge d'appel est libre de porter une autre appréciation que l'autorité de première instance sans avoir à justifier de motifs particuliers (TF 4D\_72/2017 du 19 mars 2018 consid. 2).

**2.2** En instance d'appel, la maxime inquisitoire simple, ici applicable (art. 243 al. 2 let. f CPC), ne dispense pas le recourant de motiver son appel, la motivation de l'acte de recours étant indispensable au déroulement régulier de la procédure d'appel (art. 311 al. 1 CPC). Il lui incombe de démontrer le caractère erroné de la motivation attaquée. Pour satisfaire à cette exigence, il ne lui suffit pas de renvoyer aux moyens soulevés en première instance, ni de se livrer à des critiques toutes générales de la décision attaquée ; sa motivation doit être suffisamment explicite pour que l'instance d'appel puisse la comprendre aisément, ce qui suppose une désignation précise des passages de la décision que le recourant attaque et des pièces du dossier sur lesquelles repose sa critique. Les allégués de fait et les offres de preuves nouveaux sont irrecevables, sous réserve de l'exception prévue par l'art. 317 al. 1 CPC. Il s'ensuit que la cour cantonale peut refuser de prendre en considération un fait ou un moyen de preuve nouveau si le juge de première instance a pu l'ignorer sans méconnaître la maxime inquisitoire simple (ATF 141 III 569 consid. 2.3.3 et les réf. citées).

**2.3** Dans un premier temps, l'appelante fait valoir une constatation inexacte des faits, en tant que la présidente aurait considéré, à tort, que l'intimé ne souffrait d'aucune pathologie en lien avec l'incapacité de travail au moment de la signature de la proposition d'assurance par la société [...].

Elle critique en outre le fait que le jugement attaqué retienne que l'intimé n'aurait pas collaboré à la rédaction de la proposition d'assurance signée par la représentante de son employeur, qui n'est autre que sa concubine, et qu'aucune fausse déclaration ne puisse lui être imputée.

L'appelante expose enfin que la présidente se serait méprise en retenant la date du 10 septembre 2018 comme étant celle où la déclaration d'incapacité de travail de l'intimé avait été établie.

**2.4**

**2.4.1** En l'occurrence, on relèvera que le jugement entrepris relate le contenu des rapports médicaux des Drs [...] et [...], sans que l'appelante se plaigne du fait qu'ils auraient été mal rapportés, ce qui n'est au demeurant pas le cas. Il ressort, à tout le moins, du rapport médical du Dr [...] que la [...] affectant l'intimé serait en relation probable avec l'infection [...] dont souffre l'intimé depuis les années [...], diagnostic par ailleurs confirmé par le neurologue de l'intimé, le Dr [...]. Fort de ce qui précède, il n'y a pas lieu de corriger ni de compléter l'état de fait retenu en première instance. Le grief soulevé par l'appelante se rapporte en réalité à une appréciation arbitraire des preuves, qui sera examinée ci-après. Il en va de même s'agissant de la critique formulée à l'encontre de la constatation de la présidente selon laquelle il n'est pas établi que l'intimé ait collaboré de quelque manière que ce soit à l'établissement de la proposition d'assurance nonobstant ses liens personnels avec la signataire de ladite proposition.

**2.4.2** S'agissant de la critique formulée à l'encontre de la date de déclaration d'incapacité de travail de l'intimé, l'appelante se contente de faire une exégèse des circonstances du cas d'espèce, dont elle prétend déduire que la date retenue, soit celle du 10 septembre 2018, serait erronée. Toutefois, elle ne cite ni le passage du jugement querellé en cause, ni ne désigne précisément la pièce qui viendrait confirmer sa thèse, respectivement infirmer celle retenue par la présidente. Elle se borne en réalité à se référer à la « pièce litigieuse elle-même », laquelle semble être la « déclaration d'incapacité de travail maladie » de l'intimé, et à indiquer que la date du 10 juin 2018, telle que figurant sur ce document, n'aurait pas fait l'objet de contestation de la part des parties. On peut douter que, ce faisant, l'appelante satisfasse à son devoir de motivation, étant rappelé que l'autorité d'appel n'a pas à rechercher elle-même les éléments du dossier qui appuieraient la thèse de l'intéressée mais peut attendre des références précises à tel ou tel élément de l'instruction.

Cela étant, le grief de l'appelante devrait dans tous les cas être rejeté, de sorte qu'une correction de l'état de fait n'a pas lieu d'être. Là également, et ce contrairement à la thèse soutenue par l'appelante, la

présidente a en effet procédé à une appréciation des différents éléments de preuve à sa disposition pour retenir que la date figurant sur la pièce litigieuse ne pouvait être correcte et que la déclaration de sinistre avait en réalité été remplie le 10 septembre 2018 par la fiduciaire [...].

En particulier, la présidente a retenu que la date du 10 juin 2018, à savoir celle figurant effectivement sur la pièce litigieuse, était manifestement erronée, dès lors que les échanges de courriels intervenus entre la fiduciaire et l'appelante – produits par l'appelante elle-même en première instance – documentaient le fait qu'il y avait eu une erreur de frappe. Il est donc erroné de prétendre, comme le fait l'appelante, que les parties n'ont jamais émis de contestation au sujet de la date inscrite sur la déclaration d'incapacité de travail de l'intimé. Le courriel du 20 février 2019 de [...], responsable de la fiduciaire [...], à [...], spécialiste en assurances entreprises auprès de l'appelante, en témoigne : « une déclaration d'incapacité a bien été établie le 10 septembre 2018 (datée par erreur au 10 juin) ». Par ailleurs, sans que l'appelante ne formule de critique circonstanciée à cet égard, le jugement querellé retient divers éléments corroborant cette thèse. Premièrement, l'incapacité de travail n'était pas encore connue, respectivement médicalement attestée, le 10 juin 2018. En effet, la décision attaquée retient que l'intimé « a été en incapacité de travail totale du 29 juin 2018 au 31 décembre 2018 [...] » et que la Dre [...], médecin généraliste de l'intimé, a adressé son patient auprès de plusieurs spécialistes en vue d'établir un diagnostic médical. Deuxièmement, les 9 et 27 juillet 2018, le Dr [...], spécialiste FMH en neurologie, a délivré deux rapports médicaux sur la base notamment d'une IRM cérébrale effectuée le 17 juillet 2018, lesquels ont fait état d'une [...]. Ce diagnostic a, au surplus, été confirmé le 24 juillet 2018 par un confrère neurologue, le Dr [...], et également le 28 janvier 2019 par la Dre [...], laquelle a précisément répondu aux questions formulées par l'appelante. Il ressort ainsi de la chronologie des événements, telle qu'exposée par le jugement querellé, que ni la maladie de l'intimé ni son incapacité de travail n'ont été diagnostiquées, respectivement établies, avant le 29 juin 2018, ce que l'appelante n'a au demeurant pas remis en cause en se prévalant, par exemple, d'examens médicaux conduits

antérieurement. Sur la base de cette chronologie, le constat de la présidente n'est pas critiquable et s'impose au contraire logiquement. En effet, si l'incapacité de travail a débuté le 29 juin 2018 selon les constats médicaux, la date du 10 juin 2018 figurant sur la déclaration remplie par la fiduciaire est manifestement erronée et résulte d'une erreur de frappe. Partant, le grief de l'appelante est infondé et l'état de fait ne doit pas non plus être corrigé sur ce point.

### **3.**

**3.1** En droit, l'appelante reproche à la présidente de n'avoir pas considéré que la survenance du sinistre était antérieure à la conclusion de l'assurance perte de gain et que celui-ci aurait au surplus dû être signalé par la compagne de l'intimé au moment de la signature de la proposition d'assurance.

### **3.2**

#### **3.2.1**

**3.2.1.1** L'art. 324a CO (loi fédérale complétant le Code civil suisse du 30 mars 1911 ; RS 220) régit le droit du travailleur de percevoir son salaire, pendant un temps limité, lorsqu'il est empêché, sans faute de sa part, de fournir sa prestation pour une cause inhérente à sa personne, telle que la maladie ou l'accident (al. 1). Pendant la première année de service, ce temps limité ne peut pas être inférieur à trois semaines ; par la suite, il s'agit d'une période plus longue, à fixer équitablement d'après la durée des rapports de travail et les circonstances particulières (art. 324a al. 2 CO). Un accord écrit, un contrat-type de travail ou une convention collective peut déroger à ces dispositions à condition d'accorder au travailleur des prestations au moins équivalentes (art. 324a al. 4 CO). Cette disposition permet ainsi de substituer une couverture d'assurance à l'obligation légale de payer le salaire, à condition toutefois que les travailleurs bénéficient de prestations au moins équivalentes (ATF 141 III 112 consid. 4.1) Dans le domaine de l'assurance couvrant le risque de perte de gain en cas de maladie ou d'accident, les parties peuvent choisir de conclure une assurance sociale d'indemnités journalières régie par les

art. 67 à 77 LAMal (loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 ; RS 832.10) ou une assurance d'indemnités journalières soumise à la LCA (ATF 141 III 1 12 consid. 4.1 ; TF 4A 529/2012 du 31 janvier 2013 consid. 2.1 et les réf. citées).

L'assurance collective perte de gain LCA est une assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale qui relève du droit privé (ATF 141 III 1 12 consid. 4.2 ; ATF 133 III 439 consid. 2.1). La LCA ne comporte pas de dispositions particulières relatives à l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie ou d'accident, de sorte qu'en principe, le droit aux prestations se détermine exclusivement d'après la convention des parties (ATF 133 III 185 consid. 2 ; CACI du 18 juin 2015/314).

**3.2.1.2** Il ressort notamment de l'article premier des CGA du 1<sup>er</sup> septembre 2016, lesquelles font partie intégrante du contrat conclu entre l'appelante et la société [...], que l'assureur accorde sa garantie pour les conséquences économiques d'une incapacité résultant d'une maladie au sens des définitions prévues dans les CGA, pour autant que ce risque soit inclus dans la police d'assurance. Conformément à l'art. 3 ch. 3 CGA, « par maladie, on entend toute atteinte involontaire à la santé physique, mentale ou psychique, médicalement et objectivement décelable, qui n'est pas due à un accident ou à ses suites et qui exige un examen, un traitement médical ou engendre une incapacité ». Selon le ch. 7 de cette même disposition, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. Il ressort de l'art. 18 al. 1 CGA, que les prestations sont refusées en cas de réserve ou de réticence (let. a) ou lors de fraude ou de tentative de fraude à l'assurance (let. e). Enfin, il découle de l'art. 25 al. 3 CGA que chaque incapacité totale ou partielle doit être annoncée à l'assureur dans les 15 jours qui suivent sa survenance. Après ce délai, le jour où l'assureur a pris connaissance de l'incapacité est réputé comme premier jour d'incapacité.

**3.2.2** Selon l'art. 9 aLCA (dans sa teneur antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2022, ici déterminante) – lequel est une norme impérative (art. 97 aLCA) – le contrat d'assurance est nul si, au moment où il a été conclu, le risque avait déjà disparu ou si le sinistre était déjà survenu. Le Tribunal fédéral a interprété cette disposition en ce sens que le contrat est nul si l'événement redouté, contre lequel on veut s'assurer, est déjà survenu au moment de la conclusion du contrat (ATF 129 III 510 consid. 3.2, JdT 2003 I 552 ; TF 8C\_324/2007 du 12 février 2008 consid. 4.1 ; CACI 22 août 2022/431). La finalité de l'art. 9 aLCA est d'exclure de l'assurance les événements futurs certains (Maurer, *Privatversicherungsrecht*, 3<sup>e</sup> éd., Berne 1995, p. 243 s. ; Carré, *Loi fédérale sur le contrat d'assurance*, Lausanne 2000, note ad art. 9). Ce moyen ne doit pas être confondu avec la réticence ; il rend le contrat nul même si les parties ne savaient pas, au moment de la conclusion, que le sinistre était déjà réalisé (ATF 136 III 334 consid. 3 ; ATF 127 III 21 consid. 2b/aa p. 23 ; TF 5C.45/2004 du 9 juillet 2004 consid. 2.1.2). Si une maladie s'est déjà déclarée, il n'est pas possible de l'assurer, même si elle ne se manifeste plus au moment de la conclusion du contrat, lorsque des rechutes ultérieures en apparaissent comme une évolution normale (ATF 136 III 334 précité consid. 3 ; ATF 127 III 21 précité consid. 2b/aa). Néanmoins, la règle de l'art. 9 LCA repose sur le principe selon lequel le caractère aléatoire est un élément essentiel du risque assurable (Carré, *op. cit.*, note ad art. 9 et la réf. citée).

**3.2.3** A teneur de l'art. 4 aLCA (dans sa teneur antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2022, ici applicable), celui qui présente une proposition d'assurance doit déclarer par écrit à l'assureur, suivant un questionnaire ou en réponse à toutes autres questions écrites, tous les faits qui sont importants pour l'appréciation du risque, tels qu'ils lui sont ou doivent être connus lors de la conclusion du contrat (al. 1). Sont importants tous les faits de nature à influencer sur la détermination de l'assureur de conclure le contrat ou de le conclure aux conditions convenues (al. 2). Sont réputés importants les faits au sujet desquels l'assureur a posé par écrit des questions précises, non équivoques (al. 3).

La réticence se définit comme l'omission de déclarer, ou le fait de déclarer inexactement, lors de la conclusion du contrat, un fait important que celui ayant l'obligation de déclarer connaissait ou devait connaître (art. 6 al. 1 aLCA, dans sa teneur antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2022, ici déterminante). Cette notion renvoie aux déclarations obligatoires imposées par l'art. 4 aLCA. Selon l'alinéa 3 de la disposition précitée, il incombe à l'assureur de poser des questions précises et non équivoques. Le proposant doit répondre de manière véridique aux questions, telles qu'il peut les comprendre de bonne foi. Il n'y a pas de réponse inexacte si la question est ambiguë et que la réponse donnée apparaît véridique selon la manière dont la question pouvait être comprise de bonne foi par le proposant (ATF 136 III 334 consid. 2.3 ; TF 4A\_94/2019 précité consid. 3).

Pour qu'il y ait réticence, il faut, d'un point de vue objectif, que la réponse donnée à la question ne soit pas conforme à la vérité, par omission ou inexactitude ; la réticence peut consister à affirmer un fait faux, à taire un fait vrai ou à présenter une vision déformée de la vérité (ATF 136 III 334 consid. 2.3). D'un point de vue subjectif, la réticence suppose que le proposant connaissait ou aurait dû connaître la vérité. Le proposant doit déclarer non seulement les faits qui lui sont connus sans autre réflexion, mais aussi ceux qui ne peuvent lui échapper s'il réfléchit sérieusement à la question posée (ATF 136 III 334 consid. 2.3 ; ATF 134 III 511 consid. 3.3.3 ; TF 4A\_555/2019 consid. 2).

**3.3** L'appelante fait valoir qu'il serait établi par les rapports médicaux des Drs [...] et [...], respectivement rédigés en juillet 2018 et janvier 2019, que la survenance du sinistre serait antérieure à la signature de la proposition d'assurance. Selon elle, ces rapports démontreraient que la [...] serait apparue chez l'intimé avant la souscription de l'assurance et serait une conséquence de l'infection [...] dont il souffre depuis les années [...]. Elle plaide ainsi que la pathologie à l'origine de l'incapacité de travail aurait été connue avant la conclusion de l'assurance litigieuse et qu'elle ne pouvait donc pas être qualifiée d'événement futur incertain par la présidente. Le contraire aurait dû être retenu selon elle, ce qui aurait impliqué la nullité du contrat d'assurance.

Par ailleurs, l'appelante se prévaut du fait que la représentante de la société qui emploie l'intimé n'aurait en substance pas manqué de remarquer la pathologie préexistante de l'intéressé, lequel est son compagnon, et que ses réponses négatives au questionnaire de santé relèveraient de la réticence. Elle expose à cet égard que la collusion de l'employeur à l'établissement de cette police d'assurance, en connaissance de la pathologie et en prévision de l'incapacité de travail, aurait dû amener la présidente à constater que le contrat n'aurait pas été conclu « si Q.\_\_\_\_\_ avait répondu oui à l'aune des questions de santé ».

### **3.4**

**3.4.1** En l'occurrence, l'état de fait du jugement entrepris ne permet pas de retenir que la pathologie ayant causé l'incapacité de travail de l'intimé, soit [...] – dont l'origine serait liée à la [...] de l'intéressé, aurait été connue avant le 29 juin 2018, date du début de l'incapacité de travail telle qu'attestée médicalement. Au contraire, on l'a vu (cf. *supra* consid. 2.4.2), la chronologie des événements ressortant du jugement querellé démontre qu'à compter de cette date, des investigations ont été entreprises après que la généraliste de l'intimé avait redirigé son patient auprès de spécialistes neurologues. Ceux-ci ont posé leur diagnostic au plus tôt en juillet 2018 et ce après avoir procédé à divers examens réalisés durant ce même mois. Si ce diagnostic émet l'hypothèse que la maladie survenue chez l'intimé serait en relation avec [...] présente depuis les années [...], cela ne signifie pas encore que l'infection, en tant que telle, ait entraîné une incapacité de travail par le passé. Au contraire, il a été médicalement attesté que l'intimé n'avait jamais fait l'objet d'une incapacité de travail pour ce trouble, ni même éprouvé le besoin d'entreprendre de traitement médical en lien avec cette infection [...]. Or, à cet égard, le risque « maladie », tel que couvert par l'assurance d'indemnité journalière proposée par l'appelante se définit précisément, selon l'art. 3.3 de ses CGA, comme toute atteinte exigeant notamment un examen, un traitement médical ou engendrant une incapacité ; ce qui n'a pas été le cas s'agissant de ladite infection. On relèvera en outre que les praticiens n'ont, à aucun moment, exposé que la pathologie détectée en

juillet 2018 chez l'intimé constituait une quelconque rechute de maladie. Partant, on ne se trouve pas dans un cas où, au moment de la conclusion du contrat d'assurance, il était d'ores et déjà certain que le sinistre allait survenir.

**3.4.2** Sur la question de la réticence, il sied premièrement de relever qu'aucun élément de l'état de fait du jugement querellé ne permet de déduire la connaissance d'une incapacité de travail - ni certaine ni probable - avant la fin du mois de juin 2018, chez l'intimé. S'il est vrai que, sous l'anamnèse de son rapport du mois de janvier 2019, la Dre [...] a décrit que l'intimé rapportait depuis deux ans des [...] et des [...], de telles manifestations ne permettaient pas encore de prédire la survenance d'une incapacité de travail, ce dont le médecin précité ne fait au demeurant aucunement état. Par ailleurs, lors de son entretien du 4 juillet 2019 avec un représentant de l'appelante, l'intimé n'a premièrement pas caché le fait qu'il consultait le centre hospitalier [...] depuis deux ans pour des [...] présentes dans les deux jambes et qu'il consultait également à [...]. Plus tard, lorsqu'on lui a expressément demandé s'il n'avait pas voulu frauder l'assurance, il l'a contesté énergiquement et de manière crédible, précisant être tombé malade d'un coup sans imaginer pouvoir faire l'objet d'une incapacité de travail quelconque. A ce propos, le témoin [...] a confirmé que tout avait changé sur le plan professionnel pour l'intimé depuis le déclenchement de sa maladie. Aucun de ces éléments ne permet de déduire une incapacité de travail antérieure chez l'intimé, respectivement la connaissance antérieure de la pathologie qui l'a conduit à l'incapacité attestée médicalement depuis le 29 juin 2018.

S'agissant du questionnaire de santé contenu dans la proposition d'assurance du 14 juin 2018, il faut constater son caractère pour le moins lacunaire et imprécis. En effet, les questions 4a et 4b, dont se prévaut notamment l'appelante dans son acte d'appel, portaient sur le fait de savoir si, parmi les personnes à assurer, l'une d'entre elles était actuellement en incapacité de travail ou planifiait une telle incapacité. La question 4c, non évoquée dans le mémoire d'appel, interrogeait quant à elle sur le fait de savoir si l'une des personnes à assurer avait dû

interrompre son activité professionnelle au cours des vingt-quatre derniers mois. Or, aucune de ces questions ne portait sur le fait de savoir si une pathologie était connue ou en cours d'investigation, ou encore si quelque indice que ce soit laissait présupposer une incapacité future.

L'appelante n'invoque d'ailleurs aucun élément du dossier qui permettrait d'infirmier la véracité des réponses négatives données à ces questions par la compagne de l'intimé, sinon des spéculations rattachées à la chronologie des événements et aux liens personnels existants entre l'intimé et la représentante de son employeur. Or à cet égard, sans que ces faits ne soient valablement contestés en appel, la présidente a retenu qu'aucune des pathologies de l'intimé n'avait été diagnostiquée à l'époque ou avant l'acceptation de la proposition d'assurance et que l'intimé, qui vivait depuis plusieurs décennies avec son infection [...], n'avait apparemment jamais éprouvé le besoin d'entreprendre de traitement médical. Elle en a déduit qu'au moment de la conclusion du contrat d'assurance, l'intimé ne pouvait objectivement compter sur une péjoration – significative et soudaine – de son état de santé en lien avec cette infection. Avec la présidente, il sied de constater que l'appelante n'avance aucun moyen qui permettrait de remettre en cause cette appréciation, hormis avancer sa propre version des faits sur la base de spéculations.

Il en va de même de la connaissance hypothétique par la compagne de l'intimé d'une cause d'incapacité de travail chez son compagnon. *A fortiori*, on retiendra que ce qui est tenu pour inconnu par le principal intéressé ne saurait être imputé à la représentante de son employeur – soit le preneur d'assurance –, fût-elle sa concubine. La présidente a retenu, sans que ce fait ne soit valablement remis en cause autrement que par une spéculation découlant d'un lien personnel entre l'intimé et la signataire de la proposition d'assurance, que rien ne permettait de considérer que l'intimé avait collaboré à la rédaction du questionnaire de santé. Du reste, elle a également considéré, à juste titre, que rien au dossier ne permettait d'établir que la compagne de l'intimé aurait répondu au questionnaire litigieux de manière contraire à la vérité.

Le seul diagnostic médical connu au sujet de l'intimé était - à l'époque de la signature de la police d'assurance - sa [...], laquelle n'impliquait aucune incapacité de travail à cette époque. Or, ce dernier élément est le seul sur lequel a été interrogé l'employeur dans la proposition d'assurance. Fort de ce qui précède, il y a lieu de considérer qu'aucune réticence n'est avérée en l'occurrence. Il s'ensuit le rejet du grief.

#### **4.**

**4.1** L'appelante fait enfin grief à la présidente de ne pas avoir retenu une fraude à l'assurance de la part de l'intimé, respectivement de sa compagne.

#### **4.2**

**4.2.1** L'art. 40 LCA prévoit que si l'ayant droit ou son représentant, dans le but d'induire l'assureur en erreur, dissimule ou déclare inexactement des faits qui auraient exclu ou restreint l'obligation de l'assureur, ou si, dans le but d'induire l'assureur en erreur, il ne fait pas ou fait tardivement les communications que lui impose l'art. 39 LCA, l'assureur n'est pas lié par le contrat envers l'ayant droit. Selon cette dernière disposition, l'ayant droit doit fournir à l'assureur qui le demande tout renseignement sur les faits à sa connaissance qui peuvent servir à déterminer les circonstances dans lesquelles le sinistre s'est produit ou à fixer les conséquences du sinistre.

D'un point de vue objectif, la dissimulation ou la déclaration inexacte doit porter sur des faits qui sont propres à remettre en cause l'obligation même de l'assureur ou à influencer sur son étendue ; en d'autres termes, une communication correcte des faits conduirait l'assureur à verser une prestation moins importante, voire aucune. Ainsi en est-il lorsque l'ayant droit déclare un dommage plus étendu qu'en réalité, par exemple lorsqu'une atteinte à la santé n'est pas aussi grave qu'annoncée. L'exagération de l'état de santé remplit ainsi les conditions objectives de l'art. 40 LCA, tout comme le fait de ne pas annoncer une amélioration de cet état (TF 4A\_378/2021 du 12 octobre 2021 consid. 4.1 et l'arrêt cité ;

CACI 8 avril 2022/188 consid. 4.2 ; Brulhart, Commentaire romand, loi sur le contrat d'assurance, Bâle 2022, n. 7 ad art. 40 LCA et les réf. citées). De plus, l'ayant droit doit, sur le plan subjectif, avoir l'intention de tromper. Il faut qu'il ait agi avec la conscience et la volonté d'induire l'assureur en erreur, afin d'obtenir une indemnisation plus élevée que celle à laquelle il a droit ; peu importe à cet égard qu'il soit parvenu à ses fins. L'assureur peut alors refuser toute prestation, même si la fraude se rapporte à une partie seulement du dommage. S'agissant d'un moyen libératoire, il incombe à l'assureur de prouver, au degré de la vraisemblance prépondérante, les faits permettant l'application de l'art. 40 LCA (TF 4A\_378/2021 du 12 octobre 2021 consid. 4.1 et l'arrêt cité ; CACI 8 avril 2022/188 consid. 4.2).

**4.2.2** Bien que la LCA ne traite pas de la question de la répartition du fardeau de la preuve en assurance privée, le système ne diffère pas des règles de droit commun, et plus particulièrement de la règle générale de l'art. 8 CC (Code civil suisse du 10 décembre 1907 ; RS 210). En vertu de cette règle générale, le demandeur doit prouver les faits qui fondent sa prétention, tandis que sa partie adverse doit prouver les faits qui entraînent l'extinction ou la perte du droit (ATF 130 III 321 consid. 3.1 ; TF 4A\_431/2010 du 17 novembre 2010 consid. 2.4). Le degré de la preuve applicable à l'intention d'induire en erreur, qui incombe à l'assurance, est celui de la vraisemblance prépondérante. En revanche, l'assurance ne se trouve pas dans un état de nécessité pour ce qui est de la preuve, qu'il lui appartient d'établir, que l'assuré a présenté les faits de manière contraire à la vérité ; le degré de la preuve ordinaire, soit celui de la preuve stricte, est dès lors en principe applicable (ATF 148 III 134 consid. 3.4). Le juge doit procéder à une appréciation d'ensemble des éléments qui lui sont apportés et dire s'il retient qu'une vraisemblance prépondérante a été établie (ATF 130 III 321). Ces principes valent en particulier également en matière de déclaration ou dissimulation frauduleuse au sens de l'art. 40 LCA (TF 4A\_432/2015 du 8 février 2016 consid. 2.1 et 2.2 et les références citées ; TF 4A\_382/2014 du 3 mars 2014 consid. 5.3 ; TF 4A\_431/2010 du 17 novembre 2010 consid. 2.4 et 2.5).

En droit des assurances sociales, la jurisprudence – également applicable en matière de contrat d'assurance (cf. Brulhart, *op. cit.*, n. 25 ad art. 40 LCA et les réf. citées) – a posé le principe selon lequel un rapport de surveillance ne constitue pas, à lui seul, un fondement sûr pour constater les faits relatifs à l'état de santé ou la capacité de travail de la personne assurée. Il peut tout au plus fournir des points de repère ou entraîner certaines présomptions. Seule l'évaluation par un médecin du matériel d'observation peut apporter une connaissance certaine des faits pertinents. Dans le cadre de son évaluation, le médecin doit évaluer si les activités de l'assuré, visibles sur les prises de vue ou rapportées par le détective privé, sont cohérentes par rapport au degré d'incapacité de travail allégué. Cette exigence d'une appréciation médicale sur le résultat de l'observation permet d'éviter une évaluation superficielle et hâtive de la documentation fournie par le détective privé (ATF 137 I 327 consid. 7.1 ; cf. TF 4A\_273/2018 du 11 juin 2019 consid. 3.2.3.2 et les réf. citées).

**4.3** En l'espèce, la présidente a considéré, à juste titre, que la seule proximité temporelle entre la conclusion du contrat d'assurance et l'incapacité de travail ne permettait pas de conclure à une fraude, ni de démontrer que cette incapacité avait été planifiée. A suivre le raisonnement de l'appelante, il faudrait pouvoir retenir que toutes les circonstances liées à la cessation d'activité de la raison individuelle de l'intimé, puis de la reprise de l'établissement par la société [...], jusqu'à l'engagement de l'intimé comme employé, auraient été organisées soigneusement en amont, dans la perspective d'obtenir indûment des prestations d'assurance ; or, cela n'est, encore une fois, qu'une spéculation. Il convient de rappeler qu'il appartient à l'assureur de prouver les faits permettant l'application de l'art. 40 LCA, ceci quand bien même le degré de la preuve est limité à la vraisemblance, ce que l'appelante n'a pas fait.

Par ailleurs, la présidente a retenu que les éléments versés au dossier ne permettaient pas de mettre en doute le fait que l'intimé s'était limité à travailler dans les cuisines de l'établissement et d'accomplir les

tâches qui y étaient étroitement liées. En conséquence de quoi elle a considéré, à juste titre, que « malgré les liens assurément étroits [de l'intimé] avec cet établissement et sa tenancière, les éléments mis en avant par [l'appelante] [étaient] insuffisants pour retenir que [l'intimé] fonctionnait en réalité en tant qu'ayant droit économique de cette entreprise et qu'il [avait] livré de fausses déclarations dans le but de tromper l'assureur et obtenir un enrichissement illégitime ». Contre cet argument, l'appelante se limite une fois de plus à opposer sa propre conception des faits, en spéculant et en livrant des généralités sans force probante. Elle fait valoir, sous cet angle, que si l'intimé n'était bien qu'un employé de la société [...], alors il aurait pris des libertés incompatibles avec son statut dans le cadre de son horaire de travail et dans la gestion de son incapacité. Elle se prévaut des heures durant lesquelles la présence de l'intimé au sein de l'établissement ou dans des grandes surfaces avait été objectivée par son enquêteur et la surveillance à laquelle celui-ci s'était livré. Or, la présidente n'a pas éludé cette problématique non plus et a exposé de façon circonstanciée en quoi les observations de l'enquêteur ne permettaient pas de déduire une activité professionnelle effective incompatible avec l'incapacité annoncée. La présidente a ainsi considéré, à juste titre, que le seul fait d'avoir constaté la présence de l'intimé à quelques reprises dans les locaux, de l'avoir vu interagir avec des clients de l'établissement ou rentrer des courses effectuées pour le restaurant, durant sa période d'incapacité de travail, ne permettait pas encore de retenir que celui-ci participait activement à la bonne marche de l'entreprise et fonctionnait en réalité en tant que gérant de l'établissement. Les généralités plaidées par l'appelante dans son mémoire d'appel (cf. pp. 6-7) ne permettent pas de battre en brèche cette appréciation, faute notamment de toute motivation circonstanciée référençant les éléments mis en évidence par l'instruction. En particulier, l'appelante ne dit mot de l'appréciation faite par la présidente des témoignages concordants livrés par les autres employés de l'établissement, lesquels corroborent les réponses données par l'intimé lors de son entretien avec un représentant de l'appelante en juillet 2019. En effet, les témoins ont confirmé que l'intimé rencontrait des difficultés à se tenir debout en raison du fait qu'il ne disposait plus de force dans ses

jambes et qu'il se fatiguait rapidement, ce qui avait notamment engendré des chutes à plusieurs reprises. Ils ont aussi affirmé qu'il arrivait à l'intéressé de conseiller son équipe en cuisine sans pour autant y travailler lui-même en raison de son état de santé, de même qu'il lui était difficile d'effectuer de manière autonome les courses pour l'établissement en raison de ces difficultés. Il s'agit d'autant d'éléments qui permettent de déduire, comme l'a fait à juste titre la présidente, que la présence de l'intimé au sein de l'établissement, telle que constatée par l'enquêteur, était compatible avec sa capacité résiduelle de travail. L'appelante ne dit mot non plus du fait que certaines constatations mises en lumière par la surveillance – tel le fait par exemple que l'intimé ne se trouvait plus en cuisine durant le service de midi – contredisent en réalité la thèse qu'elle soutient. Il sied encore de préciser, comme l'a justement relevé la présidente, que l'enquêteur n'avait pas un accès direct à la cuisine de l'établissement, ce qui l'empêchait ainsi d'observer le principal intéressé en temps réel. En définitive, la critique formulée par l'appelante ne remplit pas la condition objective posée par l'art. 40 LCA.

Enfin, l'appelante ne dit rien non plus de l'absence de la condition subjective de la fraude à la loi, dont la présidente a considéré, à bon escient, qu'elle faisait défaut, dès lors qu'à l'occasion de son entretien du 4 juillet 2019, l'intimé avait spontanément indiqué qu'il continuait à se rendre sur son lieu de travail et avait indiqué en détail les activités résiduelles qu'il avait continué à exercer, alors qu'il ignorait faire l'objet d'une surveillance. Pour ce motif également, le grief doit être rejeté.

**5.** En définitive, l'appel doit être rejeté dans la mesure de sa recevabilité, en application de l'art. 312 al. 1 *in fine* CPC, et le jugement attaqué confirmé.

Compte tenu de l'art. 114 let. e CPC – applicable à la procédure d'appel ou de recours (TF 4A\_289/2017 du 21 février 2018 consid. 3.3 ; cf. Tappy, *in* Code de procédure civile commenté, 2019, n° 10 ad art. 114 CPC et les réf. citées) – et dans la mesure où l'intimé n'a pas

été invité à se déterminer, l'arrêt sera rendu sans frais judiciaires ni dépens de deuxième instance.

Par ces motifs,  
la Cour d'appel civile  
prononce :

- I. L'appel est rejeté dans la mesure de sa recevabilité.
- II. Le jugement est confirmé.
- III. L'arrêt, rendu sans frais, est exécutoire.

La présidente :

La greffière :

Du

Le présent arrêt, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- T. \_\_\_\_\_ SA,
- Me Joëlle Manca (pour G. \_\_\_\_\_).

et communiqué, par l'envoi de photocopies, à :

- Mme la Présidente du Tribunal civil de l'arrondissement de La Côte.

La Cour d'appel civile considère que la valeur litigieuse est inférieure à 30'000 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 sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 - RS 173.110), le 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).

La greffière :