

COUR D'APPEL CIVILE

Arrêt du 11 août 2021

Composition : Mme GIROUD WALTHER, présidente
Mme Merkli et M. Oulevey, juges
Greffière : Mme Spitz

Art. 8 CC ; 18 al. 1 CO ; 33 LCA

Statuant sur l'appel interjeté par **V.**_____, à [...], demandeur, contre le jugement rendu le 1^{er} octobre 2020 par la Chambre patrimoniale cantonale dans la cause divisant l'appelant d'avec **P.**_____, à [...], défenderesse, la Cour d'appel civile du Tribunal cantonal considère :

En fait :

A. Par jugement du 1^{er} octobre 2020, dont la motivation a été adressée pour notification aux parties le 6 novembre 2020, la Chambre patrimoniale cantonale (ci-après : CPat) a partiellement admis la demande déposée le 3 septembre 2018 par V. _____ contre P. _____ (I), a dit que P. _____ devait verser à V. _____ une indemnité journalière de 263 fr. du 3 juillet 2017 au 2 mai 2019, chaque indemnité journalière portant intérêt au taux de 5% l'an dès le 3 juin 2018, échéance moyenne, sous déduction de 9'638 fr. 72, valeur au 10 décembre 2018, 54'654 fr. 70, valeur au 27 mai 2019, et 3'389 fr. 45, valeur au 8 juillet 2019 (II), a rendu ledit jugement sans frais judiciaires (III), a dit que P. _____ devait verser à V. _____ la somme de 8'400 fr. à titre de dépens (IV) et a rejeté toutes autres ou plus amples conclusions (V).

En droit, la CPat a considéré que le contrat conclu par les parties constituait une assurance de sommes soumise à la LCA (Loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 ; RS 221.229.1). L'incapacité totale de travail et de gain consécutive étant admise par les parties, les prestations devaient être allouées sur la base de l'art. 8 ch. 1 let. c des conditions générales de l'assurance individuelle d'une indemnité journalière selon la LCA de P. _____, édition 01.08.2000 (ci-après : CGA 2000), pour autant que le taux d'incapacité de gain soit égal ou supérieur à 66 2/3%, ce qui était le cas en l'espèce. S'agissant de la durée de versement des indemnités journalières - seule question demeurant litigieuse en appel - le texte de l'art. 8 ch. 5 let. a CGA 2000 serait clair et précis et il ne s'agirait pas d'une clause insolite ; le chiffre de 730 jours constituant en outre un maximum. Aussi, le délai d'attente de 60 jours devait être déduit de ce maximum, ce qui représentait une durée de versement des indemnités journalières de 670 jours. La CPat a ainsi admis partiellement l'action du demandeur, sous déduction de la somme totale, hors intérêt, de 67'682 fr. 87, qui n'est pas contestée en appel.

B. Par acte du 8 décembre 2020, V._____ (ci-après : l'appelant) a interjeté appel contre le jugement qui précède en concluant, avec suite de frais et dépens, à la réforme de son dispositif en ce sens que P._____ (ci-après : l'intimée) soit condamnée à lui verser une indemnité journalière de 263 fr. du 3 juillet 2017 au 2 juillet 2019, chaque indemnité portant intérêt au taux de 5% l'an dès le 3 juillet 2018, échéance moyenne, sous déduction des montants déjà versés établis par le jugement entrepris (I), ainsi qu'une somme supérieure à 8'400 fr. à titre de dépens de première instance (II).

Par réponse du 26 mars 2021, l'intimée a conclu en substance, avec suite de frais et dépens, au rejet de l'appel. A l'appui de sa réponse, elle a produit deux pièces nouvelles.

Par réplique spontanée du 8 avril 2021, l'appelant a maintenu les conclusions prises au pied de son appel.

Par avis du 25 mai 2021, les parties ont été informées que la cause était gardée à juger.

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'appelant, né le [...] 1968, exerçait initialement la profession de [...] en tant qu'indépendant. En raison d'un accident survenu le [...] 2008, il n'a plus été en mesure d'exercer son activité de [...]. Ensuite du dépôt d'une demande de prestation de l'assurance-invalidité (ci-après : AI), il a bénéficié de mesures de reclassement et a ainsi pu acquérir un CFC d'employé de commerce en 2015, puis une formation spécifique en informatique immobilière. A partir du 1^{er} juin 2016, il a été engagé en tant qu'aide comptable au sein de la société O._____, à Yverdon-les-Bains. Selon contrat de travail du 27 juin 2016, son salaire annuel brut s'élevait à 21'600 fr., pour un taux d'activité de 100% et un rendement à 40%.

b) L'intimée est une société anonyme dont le siège est à [...]. Son but est notamment l'exploitation des branches d'assurances non vie. [...] est l'une des cinq sociétés d'assurance maladie du P._____.

c) Il ressort de deux tableaux des salaires de l'appelant, datés des 16 janvier 2016 et 28 février 2017, produits par l'intimée, que, du 1^{er} juin 2016 au 30 juin 2017, l'appelant a perçu la somme brute totale de 37'432 fr. 96, soit 32'677 fr. 14 net. Du mois de mars 2017 au mois de mai 2017 compris, soit peu de temps avant de se retrouver en incapacité de travail, il a perçu un salaire mensuel brut de 1'661 fr. 55.

2. a) Le 29 octobre 2012, alors qu'il était en phase de réinsertion professionnelle, l'appelant a déposé une demande d'adhésion auprès de l'intimée. La demande d'adhésion était complétée d'un « avenant à la proposition et déclaration d'adhésion du 29 octobre 2012 » avec un « questionnaire de santé », ainsi que des données administratives, remplies et signées par l'appelant le 29 octobre 2012. L'appelant n'a pas mentionné la prise du médicament [...] en 2011 et 2013, ni dans le questionnaire de santé, ni dans les données administratives.

Après avoir requis des informations complémentaires auprès de l'appelant et de son médecin traitant, le Dr [...], spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur, à [...], l'intimée a confirmé à l'appelant la conclusion du contrat d'assurance en cause et lui a transmis son nouveau certificat d'assurance, prenant effet au 1^{er} janvier 2013.

b) Il s'agit d'une assurance d'indemnité journalière en cas d'incapacité de travail, à laquelle sont applicables les CGA 2000. En cas d'incapacité de travail due à une maladie ou un accident, cette assurance prévoit le versement d'un montant journalier assuré de 263 fr., après un délai d'attente de 60 jours, et durant un maximum de 730 jours dans une période de 900 jours consécutifs. Ce contrat d'assurance a été maintenu jusqu'en 2017. Le certificat d'assurance 2017 mentionne les mêmes

conditions d'assurance que celles figurant sur le certificat d'assurance 2013. La prime mensuelle s'est élevée à 291 fr. 95 pour 2013 et à 295 fr. 55 pour 2017.

c) Selon l'art. 1 CGA 2000, l'intimée, soit l'assureur, accorde sa garantie pour les conséquences économiques d'une incapacité de gain résultant de la maladie et de l'accident, pour autant que ces couvertures soient incluses dans la police. La notion de maladie est définie à l'art. 4 ch. 2 CGA 2000 : « Par maladie, on entend toute atteinte involontaire à la santé physique ou mentale médicalement 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 de gain. [...] ». A teneur de l'art. 4 ch. 4 CGA 2000, « il y a incapacité de gain lorsque, en raison d'une maladie ou d'un accident, la personne assurée n'est totalement ou partiellement plus en mesure d'exercer sa profession ou une autre activité lucrative raisonnablement exigible ».

Il ressort de l'art. 15 ch. 1 CGA 2000 qu' « en cas d'incapacité de gain l'assuré remettra à ses frais à l'assureur un certificat sur lequel seront indiqués la date de l'accident ou du début de la maladie, sa nature, la durée probable de l'incapacité de gain et son droit. Le ch. 2 prévoit que l'assureur se réserve le droit d'exiger les pièces comptables à même de justifier la perte de gain survenue au moment de l'incapacité de gain. Le ch. 4 prévoit en outre que « toute modification du taux d'incapacité de travail doit être communiquée par écrit immédiatement à l'assureur ». Cet article ne dit pas si l'assuré est tenu ou non de communiquer un certificat médical tous les mois.

L'art. 8 CGA 2000, intitulé « prestations d'assurance », est composé de six chiffres. Le ch. 1 let. b prévoit que l'assureur alloue les indemnités journalières jusqu'à concurrence de la couverture prévue par la police d'assurance, cette couverture ne pouvant pas excéder un montant de 600 fr. par jour. A son ch. 1 let. c, il stipule qu' « en cas d'incapacité de gain, les prestations sont fixées proportionnellement au degré de l'incapacité de gain ; elles sont toutefois accordées en entier si le

taux d'incapacité de gain est égal ou supérieur à 66 2/3% ; un taux d'incapacité de gain inférieur à 25% ne donne pas droit aux prestations [...] ». Le ch. 1 let. d précise que l'assuré a le choix parmi trois durées du droit aux prestations, notamment « au maximum 730 jours civils dans une période de 900 jours consécutifs avec des délais d'attente de 10, 14, 21, 30, 60, 90, 120, 150, 180, 270 ou 360 jours ». Le ch. 4 let. a, 1^{ère} phrase, prévoit que « les prestations en cas d'incapacité de gain sont octroyées dès l'expiration du délai d'attente convenu » et le ch. 5 let. a que « le délai d'attente est imputé sur la durée maximale du droit aux prestations ». Quant au ch. 3 let. b, il stipule que « l'indemnisation de l'incapacité de gain ne pourra avoir lieu qu'après réception d'un certificat médical intermédiaire ou final (reprise du travail). Lors de la réception d'un certificat médical intermédiaire, l'assureur indemnise l'assuré jusqu'à la date de l'établissement du certificat attesté par le médecin ou au plus tard jusqu'à la fin du mois en cours ».

L'art. 12 CGA 2000, intitulé « Prestations de tiers en cas d'incapacité de gain », prévoit à son ch. 1 que « si une assurance sociale ou professionnelle, une institution d'assurance étrangère ou un tiers civilement responsable verse des prestations, l'assureur les complète, après le délai d'attente, jusqu'à concurrence de la perte de gain effective, mais au plus jusqu'au montant assuré ». Quant au ch. 3, il est ainsi libellé s'agissant de sa première phrase : « lorsque plusieurs assureurs privés couvrent solidairement la perte de gain, le total des prestations qu'ils allouent ne peut dépasser la perte subie ».

3. Ensuite de son accident du [...] 2008 et de la fracture du coude droit qu'il a entraînée, l'appelant a vu des douleurs à son coude droit apparaître et persister. Outre le port d'une orthèse articulée et le suivi d'un traitement physio-thérapeutique, le suivi d'un traitement antalgique conséquent a été nécessaire.

En particulier, depuis de nombreuses années, l'appelant prend régulièrement les médicaments suivants : Tramadol, Sirdalud et Omezo. En effet, ensuite de son accident de 2008, l'appelant a traversé une phase

difficile, devant faire le deuil de son ancienne activité de plâtrier-peintre et devant apprendre à vivre avec des douleurs persistantes. Il a traversé deux épisodes anxiodépressifs en 2011 et 2013, qui ont été traités par antidépresseur, le médicament Sertraline, prescrit par son médecin généraliste.

4. a) En raison notamment d'une surcharge professionnelle ne correspondant plus à sa capacité de rendement, l'appelant a traversé, depuis mai 2017, un nouvel épisode dépressif sévère. Depuis le 3 mai 2017, il s'est trouvé en incapacité totale de travail, hormis entre le 22 mai et le 19 juin 2017, où il a retrouvé une capacité de travail partielle. Dans un rapport du 27 août 2017, le Dr G._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie à [...], médecin psychiatre de l'appelant, a diagnostiqué chez lui un trouble dépressif sévère avec anxiété généralisée. Ce médecin a confirmé son diagnostic en novembre 2017, alors que l'appelant traversait une phase d'aggravation de son état de santé. Au jour de l'ouverture de la procédure de première instance, l'état de santé de l'appelant ne s'était pas amélioré. Selon certificat médical du Dr G._____ du 20 août 2018, l'appelant se trouvait toujours à cette date en incapacité de travail totale pour des motifs psychiatriques, et ce pour une durée indéterminée. L'appelant souffre en effet d'un trouble dépressif récurrent, l'épisode de 2018 étant sévère. Les symptômes dépressifs sévères entraînent chez lui un important retentissement sur son environnement psychosocial. Bien qu'il ait suivi un important traitement médicamenteux et une psychothérapie intensive, ses symptômes dépressifs sévères persistent. Son état dépressif implique ainsi pour lui d'importantes limitations fonctionnelles avec un abaissement marqué des ressources résiduelles. Il est de plus sujet à une anxiété généralisée. Il souffre notamment d'une anxiété anticipatrice et flottante, associée à un sentiment permanent de nervosité, à une tension musculaire et à divers symptômes neurovégétatifs.

b) Etant donné l'importance de la psychopathologie, il a ainsi été retenu que l'appelant présentait, à compter du 3 mai 2017, une incapacité de travail totale, quelle que soit l'activité envisagée, et ce

hormis une capacité de travail retrouvée à 8% (20% de présence et 40% de productivité) entre le 22 mai et le 19 juin 2017, étant précisé que depuis le 19 juin 2017, il est de nouveau en incapacité totale de travailler pour une durée indéterminée.

c) Par la suite, plusieurs certificats médicaux ont été établis en faveur de l'appelant :

- un certificat médical daté du 6 décembre 2017 qui atteste d'une incapacité de travail de l'appelant pour une durée indéterminée. Ce certificat ne mentionne pas s'il s'agit d'une incapacité totale mais l'intimée l'a admis ;

- un certificat médical daté du 4 mars 2019 par le Dr G._____, qui atteste que l'incapacité de travail du demandeur s'est prolongée jusqu'au 31 mars 2019. Ce certificat a été produit le 11 mars 2019 par l'appelant ;

- un certificat médical du 25 mars 2019 qui atteste d'une incapacité de travail totale du 1^{er} au 30 avril 2019 ;

- un certificat médical du 23 avril 2019 qui atteste d'une incapacité de travail totale du 1^{er} au 31 mai 2019 ;

- un certificat médical du 20 mai 2019 qui atteste d'une incapacité de travail totale du 1^{er} au 30 juin 2019 ;

- un certificat médical du 24 juin 2019 qui atteste d'une incapacité de travail totale du 1^{er} au 31 juillet 2019.

Selon ses dires aux débats de première instance, l'appelant était toujours en incapacité totale de travail.

5. a) Ainsi, l'appelant se trouve en incapacité de gain totale depuis mai 2017. Hormis entre le 22 mai et le 19 juin 2017 où l'appelant a

retrouvé ne capacité de travail partielle, il n'a pas été en mesure de prendre une activité lucrative depuis lors et n'a ainsi bénéficié d'aucun gain depuis la fin de son activité au sein de la société O._____.

b) Avant la survenance de son incapacité totale de travail en mai 2017, le revenu mensuel de l'appelant ne correspondait pas à son revenu mensuel en pleine capacité de travail, et ce en raison du fait qu'il faisait face à une nette diminution de sa capacité de rendement.

6. a) A une date inconnue mais aux environs du 18 mai 2017, l'appelant a annoncé son incapacité de travail à l'intimée. Par courrier du 19 mai 2017, l'intimée a accusé réception de cette annonce et a requis de l'appelant qu'il complète le formulaire « Déclaration d'incapacité de travail de l'assuré ». L'appelant s'est déterminé par courrier du 22 mai 2017 adressé à l'intimée et a fait valoir son droit à l'indemnité journalière assurée en transmettant la « Déclaration d'incapacité de travail de l'assuré » complétée. Cette déclaration indique sous « 3. Période de l'incapacité » que l'appelant se trouve en incapacité de travail totale du 3 au 21 mai 2017, puis à 20% dès le 22 mai 2017. Le 30 mai 2017, le médecin-conseil de l'intimée s'est prononcé sur la situation de l'appelant en reconnaissant que son incapacité de travail était justifiée. Un procès-verbal a été établi à cette occasion.

b) Au vu de la déclaration d'incapacité de travail de l'assuré, l'intimée connaissait la situation de l'appelant vis-à-vis de l'AI, à savoir qu'il avait déjà fait une demande de prestations AI. L'intimée a reçu quelques pièces du dossier AI de l'appelant, lequel a engagé des démarches auprès de cette institution. Le dossier AI de l'appelant contient des pièces indiquant le suivi d'un traitement antidépresseur par l'intéressé dans le passé.

c) Le 29 août 2017, l'intimée a demandé au Dr G._____ de remplir et lui retourner un rapport médical au sujet de l'appelant. Le Dr G._____ a rempli ledit rapport le 7 septembre 2017 et a facturé, à cette date, ses honoraires pour ce travail. Dans ce rapport médical, le Dr

G._____ s'est référé à son rapport du 27 août 2017 joint en annexe. Ce rapport du 27 août 2017 indique expressément « deux épisodes anxiodépressifs en 2011 et 2013 qui ont bien réagi à une prescription de sertraline [...] ».

L'instruction n'a permis d'établir ni à quelle date ce rapport médical a été envoyé à l'intimée, ni à quelle date celle-ci l'a reçu.

7. Par courrier du 18 octobre 2017 adressé à l'appelant, l'intimée a invoqué l'existence d'une réticence. Selon l'intimée, la réticence serait fondée sur le fait que l'appelant n'aurait pas indiqué, dans le questionnaire médical d'adhésion, avoir suivi un traitement de Sertraline par le passé. L'intimée a ainsi nié le droit à l'appelant aux prestations d'assurance et a « résilié » le contrat.

8. Le 11 mai 2018, J._____, juriste auprès de l'intimée, a adressé le courriel suivant au conseil de l'appelant :

« Je fais suite à notre agréable entretien téléphonique de ce jour concernant M. V._____ et vous confirme ce qui suit :

Tout d'abord, après analyse du montant de l'indemnité, force est de constater que le salaire mensuel de M. V._____ avant l'incapacité du 3 mai 2017 s'élevait à Fr. 21'600.- annuel (selon le contrat de travail)/Fr. 38'660 fr. 83 selon le décompte de salaire fourni par l'employeur. Dès lors, le montant journalier de Fr. 263.- n'est plus justifié étant donné qu'il ne correspond plus à la perte de gain effective. En effet, au maximum c'est un montant de Fr. 105.92 (38'660.83/12) journalier qui peut être assuré. Par souci de simplification, le montant dû sera arrêté au 1^{er} mai 2018. Pour les indemnités ultérieures à cette date, le montant sera réévalué en tenant compte du salaire effectif avant l'incapacité.

A titre indicatif, de l'incapacité du 1^{er} mai 2018, on compte 303 jours d'incapacité de travail. Si le montant journalier retenu se monte à Fr. 263.-, l'indemnité totale jusqu'au 1^{er} mai 2018 s'élèverait à Fr. 79'689.-. En revanche, si le montant journalier retenu s'élève à Fr. 105.92, l'indemnité totale jusqu'au 1^{er} mai 2018 s'élèverait à Fr. 32'093.76.

Par ailleurs, le contrat sera réactivé dès qu'un accord a été trouvé et les primes « arriérées » seront compensées avec le montant dû. J'ai pris bonne note que vos frais et dépens seront arrêtés à Fr. 1'150.- pour cette transaction.

Enfin, je vous remercie de m'adresser, par courriel, copie du courrier de suspension que vous adressez au Tribunal afin d'éviter les frais inutiles.

[...] »

Ce courriel, produit par l'appelant, est resté sans suite.

9. Par courrier du 26 novembre 2018, la défenderesse a annulé la résiliation sur réticence et réactivé l'assurance perte de gain individuelle au 20 octobre 2017, précisant maintenir le montant de l'indemnité journalière à 105 fr. 92. A l'appui de ce courrier, l'intimée a également requis de l'appelant qu'il lui transmette les certificats médicaux manquants.

10. a) Par courrier du 22 mai 2019, l'intimée a informé l'appelant que son droit aux prestations de 730 jours était épuisé au 2 mai 2019. De plus, l'intimée a confirmé à l'appelant que les prestations lui avaient été allouées jusqu'au 31 mars 2019.

b) L'appelant s'est déterminé par courrier de son conseil du 28 mai 2019. Il a pris acte de la position de l'intimée et a contesté que son droit aux prestations de 730 jours soit épuisé au 2 mai 2019 dès lors que les indemnités journalières ne lui avaient été versées qu'à compter du 3 juillet 2017, les 730 jours n'étant ainsi épuisés qu'à compter du 3 juillet 2019. Enfin, il a transmis à l'intimée une copie des certificats médicaux pour les mois d'avril à juin 2019, précisant que celui de juillet 2019 lui serait transmis en temps voulu. Il l'a été par courriel du 23 juillet 2019.

11. a) L'appelant a ouvert action contre l'intimée par requête de conciliation du 15 mars 2018. Faute de conciliation, l'autorisation de procéder a été délivrée le 16 mai 2018, à l'issue de l'audience de conciliation du même jour.

b) Le 3 septembre 2018, l'appelant a ouvert action en paiement contre l'intimée, en concluant, avec suite de frais et dépens, à ce que cette dernière soit condamnée à lui verser une indemnité journalière de 263 fr. dès le 3 juillet 2017 jusqu'à la fin de son incapacité de travail, conformément au contrat passé entre eux, chaque indemnité journalière portant intérêt à 5% l'an dès son exigibilité.

c) Par réponse du 13 décembre 2018, l'intimée a en substance conclu, avec suite de frais et dépens, au rejet de la demande et à ce qu'il soit constaté que l'appelant ne pouvait prétendre qu'à une indemnité journalière de 105 fr. 92 par jours, sous déduction des montants déjà versés par ses soins et compensation des primes dues et sur présentation des certificats médicaux correspondants.

d) Sur requête de l'appelant, un second échange d'écritures a été ordonné (art. 225 CPC). Par réplique du 8 mars 2019, l'appelant a confirmé les conclusions prises au pied de sa demande du 3 septembre 2018. Quant à l'intimée, elle a confirmé les conclusions de sa réponse du 13 décembre 2018 par duplique du 26 juin 2019.

L'appelant a encore procédé par déterminations du 23 août 2019.

e) Lors de l'audience d'instruction et de premières plaidoiries du 12 septembre 2019, les parties se sont mises d'accord quant au fait que la preuve de l'incapacité de travail de l'appelant était donnée. Néanmoins et en raison du fait que les parties n'ont pas réussi à s'entendre sur la signification du délai d'attente de 60 jours et sur le montant de l'indemnité à verser, la conciliation a échoué.

Le 13 septembre 2019, l'intimée a produit trois décomptes attestant du versement par ses soins, par l'intermédiaire de [...], en faveur de l'appelant, des sommes suivantes à titre d'indemnités journalières LCA, étant précisé que l'indemnité journalière a été arrêtée à 105 fr. 92 :

- 9'638 fr. 72 le 10 décembre 2018 ;
- 54'654 fr. 70 le 27 mai 2019 ;
- et 3'389 fr. 45 le 8 juillet 2019, ce qui représente la somme totale de 67'682 fr. 87.

L'audience de plaidoiries finales et de jugement a eu lieu le 16 septembre 2020.

En droit :

1.

1.1 L'appel est ouvert contre les décisions finales de première instance pour autant que la valeur litigieuse, au dernier état des conclusions devant l'autorité inférieure, soit de 10'000 fr. au moins (art. 308 al. 1 let. a et al. 2 CPC). L'appel, écrit et motivé, doit être introduit auprès de l'instance d'appel dans les 30 jours à compter de la notification de la décision motivée (art. 311 al. 1 CPC).

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

2.

2.1 L'appel peut être formé pour violation du droit et constatation inexacte des faits (art. 310 CPC). L'instance d'appel dispose d'un plein pouvoir d'examen de la cause en fait et en droit (ATF 142 III 413 consid. 2.2.4 ; ATF 138 III 374 consid. 4.3.1). Elle 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 (Jeandin, Commentaire romand, Code de procédure civile, 2^e éd., 2019 [ci-après : CR-CPC], nn. 2 ss ad art. 310 CPC). Le juge d'appel contrôle librement l'appréciation des preuves effectuée par le juge de première instance et vérifie si celui-ci pouvait admettre les faits qu'il a retenus (art. 157 CPC en relation avec l'art. 310 let. b CPC ; ATF 138 III 374 consid. 4.3.1 ; TF 4D_72/2017 du 18 mars 2018 consid. 2). Que la cause soit soumise à la maxime des débats (art. 55 al. 1 CPC) ou à la maxime inquisitoire simple,

qualifiée aussi de maxime inquisitoire sociale (art. 247 al. 2 CPC), il incombe toutefois au recourant de motiver son appel (art. 311 al. 1 CPC), c'est-à-dire de démontrer le caractère erroné de la motivation attaquée (ATF 141 III 569 consid. 2.3.3 ; ATF 138 III 374 consid. 4.3.1 ; TF 5D_43/2019 du 24 mai 2019 consid. 3.2.2.1 et les arrêts cités).

2.2

2.2.1 Selon l'art. 317 al. 1 CPC, les faits et moyens de preuve nouveaux ne sont pris en considération dans le cadre d'une procédure d'appel que s'ils sont invoqués ou produits sans retard (let. a) et ne pouvaient pas être invoqués ou produits devant la première instance bien que la partie qui s'en prévaut ait fait preuve de la diligence requise (let. b), ces deux conditions étant cumulatives. Il appartient à l'appelant de démontrer que ces conditions sont réalisées, de sorte que l'appel doit indiquer spécialement de tels faits et preuves nouveaux et motiver spécialement les raisons qui les rendent admissibles selon lui (JdT 2011 III 43 consid. 2 et réf. cit.). A cet égard, on distingue vrais et faux *nova*. Les vrais *nova* sont des faits ou moyens de preuve qui ne sont nés qu'après la fin de l'audience de débats principaux de première instance, soit après la clôture des débats principaux (TF 5A_22/2014 du 13 mai 2014 consid. 4.2 ; cf. ATF 138 III 625 consid. 2.2). Ils sont recevables en appel lorsqu'ils sont invoqués sans retard après leur découverte. Les faux *nova* sont des faits ou moyens de preuve nouveaux qui existaient déjà lors de l'audience de débats principaux. Leur recevabilité en appel est exclue s'ils avaient pu être invoqués en première instance en faisant preuve de la diligence requise, ce qui implique pour l'appelant d'exposer précisément les raisons pour lesquelles le fait ou moyen de preuve n'a pas pu être produit ou invoqué en première instance (TF 5A_266/2015 du 24 juin 2015 consid. 3.2.2 et réf. cit.).

2.2.2 A l'appui de sa réponse, l'intimée a déposé un extrait des « Conditions générales, Edition 01.06.2015 » relatives à « Bussiness one, Assurance maladie collective perte de salaire » de la [...] (pièce A), ainsi qu'un extrait du document intitulé « Assurance maladie, Information aux clients et Conditions générales d'assurance [...], Edition 01.2017 » de la

[...] (pièce B). L'intimée n'expose pas en quoi elle aurait été empêchée de déposer ces pièces en première instance (art. 317 CPC). Par ailleurs, elles ne sont pas pertinentes pour la résolution du litige, dès lors que les régimes d'assurances sociales obéissent à des règles différentes. En effet, les premiers juges ont à juste titre relevé que les assurances sociales d'indemnités journalières sont régies par les art. 67 à 77 LAMal (Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10), alors que les assurances d'indemnité journalières fondées sur des contrats d'assurance de droit privé, comme c'est le cas en l'espèce, sont régies par la LCA.

3.

3.1 L'appelant précise que l'appel ne porte que sur la durée du versement des indemnités journalières, soit plus précisément la manière dont il doit être tenu compte du délai d'attente.

3.2

3.2.1 En droit des assurances privées, la LCA distingue l'assurance contre les dommages (art. 48 à 72) de l'assurance de personnes (art. 73 à 96). Par rapport à l'assurance contre les dommages, l'assurance de personnes, conçue comme une assurance de sommes, se caractérise par sa nature non indemnitaire ; elle est une promesse de capital, indépendante du montant effectif du préjudice subi par le preneur ou l'ayant droit (cf. ATF 133 III 527 consid. 3.2.4 ; TF 4A_367/2016 du 20 mars 2017 consid. 3 et les réf. cit. ; TF 4A_451/2015 du 26 février 2016 consid. 2.1 et les réf. cit.). Cependant, même dans le cas d'une assurance qui a pour objet une personne physique, on est en présence d'une assurance de personnes uniquement lorsque les parties au contrat d'assurance n'ont subordonné la prestation de l'assureur, dont elles ont fixé le montant lors de la conclusion du contrat, qu'à la survenance de l'événement assuré, sans égard à ses conséquences pécuniaires. En revanche, l'assurance sera qualifiée d'assurance contre les dommages lorsque les parties au contrat font de la perte patrimoniale effective une condition autonome du droit aux prestations (ATF 119 II 361 consid. 4 ; TF

5C.243/2006 du 19 avril 2007 consid. 3.1). Dès lors, lorsque le contrat d'assurance prévoit le versement à l'assuré d'une indemnité journalières forfaitaire en fonction du seul degré de l'incapacité de travail de l'assuré, sans qu'un dommage effectif existe, il s'agit d'une assurance de sommes (assurance de personnes) ; les prestations sont dues dès l'instant où l'évènement assuré s'est réalisé. Lorsque le droit à l'indemnité est subordonné à la survenance d'une perte effective sur le plan économique et que le montant de l'indemnité dépend des conséquences économiques réelles du sinistre pour l'assuré, il s'agit d'une assurance contre les dommages (ATF 133 III 527 consid. 3.2.4 ; TF 4A_451/2015 précité consid. 2.1 ; TF 4A_38/2015 du 25 juin 2015 consid. 3.2 ; TF 4A_332/2010 du 22 février 2011 consid. 5.2 et les réf. cit.). Par définition, l'assurance contre les dommages s'oppose à ce que l'assuré obtienne davantage que son dommage effectif. L'intérêt assurable ne va pas au-delà du dommage économique dont il est menacé par l'intervention du sinistre. Il est même interdit de s'assurer au-delà de l'intérêt économique (TF 4A_451/2015 précité consid. 2.1 ; Carré, Loi fédérale sur le contrat d'assurance, édition annotée, Lausanne 2000, ad art. 48 LCA).

3.2.2 A défaut de règles spécifiques dans la LCA, et celle-ci renvoyant, à son art. 100 al. 1, au CO (TF 5C.208/2006 du 8 janvier 2007 consid. 2.1 ; ATF 118 II 342 consid. 1a , rés. in JdT 1996 I 128 ; ATF 112 II 245 consid. 1c, rés. in JdT 1987 I 614), l'interprétation du contrat d'assurance est régie par les règles générales applicables aux contrats (TF 4A_332/2010 du 22 février 2011 et les réf. cit.).

Il s'ensuit que, lorsqu'il s'agit de déterminer le contenu d'un contrat d'assurance et des conditions générales qui en font partie intégrante, le juge doit, comme pour tout autre contrat, recourir en premier lieu à l'interprétation dite subjective, c'est-à-dire rechercher la « réelle et commune intention des parties », le cas échéant empiriquement, sur la base d'indices, sans s'arrêter aux expressions ou dénominations inexactes dont elles ont pu se servir, soit par erreur, soit pour déguiser la nature véritable de la convention (art. 18 al. 1 CO ; ATF 133 III 675 consid. 3.3 ; ATF 122 III 118 consid. 2a, JdT 1997 I 805 ; ATF

117 II 609 consid. 6c ; Brulhart, Droit des assurances privées, nn. 285-286, p. 128).

Si la volonté réelle des parties ne peut pas être établie ou si leurs volontés intimes divergent, le juge doit interpréter les déclarations faites et les comportements selon la théorie de la confiance (cf. ATF 135 III 410 consid. 3.2) ; il doit donc rechercher comment une déclaration ou une attitude pouvait être comprise de bonne foi en fonction de l'ensemble des circonstances. Le principe de la confiance permet ainsi d'imputer à une partie le sens objectif de sa déclaration ou de son comportement, même s'il ne correspond pas à sa volonté intime (ATF 133 III 675 consid. 3.3 ; ATF 130 III 417 consid. 3.2 ; ATF 129 III 118 consid. 2.5).

Subsidiairement, en présence de conditions ambiguës dont le principe de la confiance ne permet pas d'élucider entièrement le sens, le juge doit retenir l'acceptation la plus favorable à la partie qui a adhéré aux conditions convenues sans avoir pris part à leur rédaction selon l'adage *in dubio contra stipulatorem* (ATF 133 III 61 consid. 2.2.2.3 ; ATF 124 III 155 consid. 1b, JdT 1999 I 125 ; ATF 122 III 118 consid. 2a ; TF 4A_288/2013 du 8 octobre 2013 consid. 2.2). Dans le domaine particulier du contrat d'assurance, ce principe est concrétisé par l'art. 33 LCA qui précise que l'assureur répond de tous les événements qui présentent le caractère du risque contre les conséquences duquel l'assurance a été conclue, à moins que le contrat n'exclue certains événements d'une manière précise, non équivoque. Il en résulte que le preneur d'assurance est couvert contre le risque tel qu'il pouvait le comprendre de bonne foi à la lecture du contrat et des conditions générales incorporées à celui-ci. Si l'assureur entendait apporter des restrictions ou des exceptions, il lui incombait de l'exprimer clairement. Conformément au principe de la confiance, c'est à l'assureur qu'il incombe de délimiter la portée de l'engagement qu'il entend prendre et le preneur n'a pas à supposer des restrictions qui ne lui ont pas été clairement présentées (ATF 135 III 410 consid. 3.2 ; ATF 133 III 675 consid. 3.3). La validité d'une clause contenue dans des conditions générales est de surcroît limitée par la règle de la clause insolite (ATF 138 III 411 consid. 3.1 ; ATF 135 III 1 consid. 2.1 ; TF 4A_451/2015 précité consid. 2.2),

laquelle soustrait de l'adhésion censée être donnée globalement à des conditions générales toutes les clauses inhabituelles sur lesquelles l'attention de la partie la plus faible ou la moins expérimentée en affaires n'a pas été spécialement attirée TF 4A.186/2018 du 4 juillet 2019 consid. 4). Pour déterminer si une clause est insolite, il faut se placer du point de vue de celui qui y consent, au moment de la conclusion du contrat. Il faut en outre que, par son objet, la clause considérée soit étrangère à l'affaire, c'est-à-dire qu'elle en modifie de manière essentielle la nature ou sorte notablement du cadre légal d'un type de contrat. La règle de l'insolite peut trouver application lorsque la clause a pour effet de réduire drastiquement la couverture d'assurance de telle sorte que les risques les plus fréquents ne sont plus couverts ou lorsque le sens et la portée d'une disposition sont travestis par une formulation compliquée, ou encore lorsque, par son emplacement dans les conditions générales, elle apparaît surprenante et inattendue à l'assuré (ATF 138 III 411 consid. 3.1; ATF 135 III 1 consid. 2.1 ; TF 4A_176/2018 du 6 août 2018 consid. 4.2).

3.2.3 La LCA ne contient pas de dispositions spécifiques à l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie ou d'accident, de sorte que le droit aux prestations se détermine d'après les dispositions contractuelles des parties (ATF 133 III 185 consid. 2 ; TF 4A_92/2010 du 17 mai 2010 consid. 4).

En cas de contradiction entre les conditions générales préformulées et la police, la police fait foi (ATF 135 III 225 consid. 1.4 ; ATF 125 III 263 consid. 4b ; TF 4A.38/2015 du 25 juin 2015).

3.2.4 Enfin, selon l'art. 8 CC, 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. Ces principes, qui sont également applicables dans le domaine du contrat d'assurance, impliquent qu'il incombe à l'ayant droit d'alléguer et de prouver notamment la survenance du sinistre. Cette preuve étant par nature difficile à apporter, l'exigence de preuve est réduite et il suffit que l'ayant

droit établit une vraisemblance prépondérante, qui ne doit pas être confondue avec une simple vraisemblance (TF 4A_445/2010 consid. 2.3).

3.3 Le ch. 5 let. a de l'art. 8 CGA 2000 prévoit que « le délai d'attente est imputé sur la durée maximale du droit aux prestations ».

Selon la CPat, cette disposition est claire et précise et ne saurait donner lieu à la moindre interprétation s'agissant de savoir si le délai d'attente doit être déduit du montant maximum de 730 jours ou du délai cadre de 900 jours. Il ne s'agit pas d'une clause insolite qui aurait nécessité que l'assuré y soit rendu attentif. Le chiffre de 730 jours constitue en outre un maximum, ce qui présuppose qu'il peut être réduit. Ainsi, la durée maximale du droit aux prestations étant de 730 jours, le délai de 60 jours doit être déduit de ce maximum-là, ce qui représente une durée de versement des indemnités journalières de 670 jours.

3.4 L'appelant et l'intimée s'accordent pour dire que la CPat a interprété les clauses contractuelles selon le principe de la confiance, faute d'avoir constaté la volonté réelle et concordante des parties au contrat. En revanche, l'appelant et l'intimée divergent quant au résultat de l'interprétation à laquelle s'est livrée la CPat.

3.4.1 L'appelant soutient qu'à la lecture de la police d'assurances, qui prime les conditions générales d'assurance, le destinataire de cette manifestation de volonté comprend de bonne foi qu'il a droit à 730 jours d'indemnités journalières au maximum. Il estimera donc raisonnablement que s'il se trouve en incapacité de travail pendant 730 jours ou plus, il percevra des indemnités journalières durant 730 jours. Le destinataire de cette manifestation de volonté comprendra de bonne foi également que ces prestations ne seront allouées qu'après l'écoulement d'un délai d'attente de 60 jours. Outre le nombre de jours assurés au maximum, une telle interprétation découle également des termes utilisés dans la police, à savoir ceux de « délai d'attente » et non par exemple de « délai d'imputation des prestations » ou d' « exclusion du droit aux prestations ».

Selon l'appelant, si l'on tient compte, dans un second temps, des CGA, la notion de délai d'attente devient équivoque. Dans un premier temps, l'art. 8 ch. 4 let. a CGA 2000, sous le titre « délai d'attente » et semblant être la règle de nature générale relative à ce délai, expose clairement que les prestations ne sont octroyées qu'à l'expiration du délai d'attente convenu. Le destinataire de cette manifestation de volonté comprendra donc de bonne foi que le délai d'attente reporte le début du versement des prestations, sans toutefois qu'une imputation sur les prestations ne soit prévue. Dans un second temps, l'art. 8 ch. 4 let. b CGA 2000 prévoit une imputation du délai d'attente convenu. Selon la systématique et le texte de la disposition, cette règle semble être une exception à la règle générale précitée et ne s'appliquer qu'en cas de nouveau sinistre (« pour chaque nouveau sinistre »), soit lors de la survenance d'une nouvelle incapacité de travail. Cela ressort également de l'exception à cette règle, selon laquelle une imputation n'est pas prévue en cas de rechute. Selon cette disposition, une imputation est donc prévue en cas de survenance d'une nouvelle incapacité de travail ne devant pas être considérée comme un cas de rechute. Le destinataire de cette manifestation de volonté comprendra donc de bonne foi qu'une première période d'incapacité de travail n'est pas concernée par cette règle. Dans un troisième temps, l'art. 8 ch. 5 let. a CGA 2000, sous le sous-titre « durée des prestations », prévoit quant à lui une imputation du délai d'attente sur la durée maximale du droit aux prestations. Si elle est certes intrinsèquement claire, selon l'appelant, cette disposition entre en contradiction avec les deux dispositions précitées, qui ne prévoient pas d'imputation du délai d'attente ou seulement en cas de survenance d'un nouveau sinistre. L'interprétation de la notion de délai d'attente est donc contradictoire selon l'appelant à la seule lecture des dispositions des CGA. Par ailleurs, l'art. 8 ch. 5 let. a CGA 2000 entre en contradiction avec la police d'assurance, en ce qu'elle prévoit le paiement d'indemnités journalières durant 730 jours. A suivre cette disposition et sachant que le délai d'attente est de 60 jours, les indemnités journalières ne devraient être versées que durant 670 jours, de telle sorte que cette disposition ne coïncide pas avec le contenu de la police. La durée de prestations de 730 jours indiquée dans la police ne pourrait ainsi jamais être atteinte,

induisant inévitablement l'assuré en erreur quant à l'ampleur des prestations assurées. L'appelant soutient qu'il convient ainsi d'interpréter les dispositions en défaveur de leur auteur (*in dubio contra stipulatorem*), dès lors que l'interprétation selon le principe de la confiance ne permet pas de lever l'ambiguïté.

3.4.2 L'intimée se réfère d'abord à l'acceptation « imputable » dans le vocabulaire juridique et dans le Larousse, afin de dégager le sens commun de ce terme, le destinataire laïc comprenant de bonne foi qu'il faut compter une déduction de 60 jours sur la durée maximale de 730 jours pour arriver à 670 jours. L'intimée se réfère ensuite au jugement, selon lequel les expressions techniques doivent être interprétées comme peut le comprendre un laïc de bonne foi, mais qu'il faut néanmoins tenir compte des particularité et des exigences techniques de la branche d'assurance considérée. A l'instar de ce qui se pratiquerait en assurance maladie et/ou chômage vaudoise, où le droit à l'indemnité commence à courir après le délai d'attente, la formulation de l'art. 8 ch. 5 let. a CGA 2000 serait compréhensible. L'art. 8 ch. 4 let. a CGA 2000, intitulé « délai d'attente » exposerait à son destinataire l'effet concret du délai d'attente lors des premiers versements des prestations en cas d'incapacité. Il n'aurait pas vocation à définir cet effet au regard de la durée maximale des prestations, ce qui serait expliqué à l'art. 8 ch. 5 let. a CGA 2000. L'appelant aurait dénaturé, en interprétant largement l'exception d'une exception, le sens de la norme générale, ce qui serait contraire à l'interprétation objective. Ce procédé serait sans fondement et largement contredit par le certificat d'assurances (la police) et les CGA 2000 qui posaient que le nombre de 730 jours serait un maximum. L'interprétation du terme « imputé » sous l'art. 8 ch. 4 let. b CGA 2000 expliquerait uniquement que le délai d'attente pourrait se répéter en cas de nouvelle incapacité de travail qui ne serait pas une rechute, ce qui serait compréhensible en soi et par le destinataire moyen. Le recours par l'appelant à la jurisprudence selon laquelle les certificats d'assurances (polices) priment sur les CGA qui leur sont contraires serait vain, dès lors qu'il n'existerait aucune contradiction entre la police et les CGA en l'espèce.

S'agissant de l'application de la règle de l'insolite, il n'y aurait rien d'insolite dans la formulation de la disposition litigieuse, connue et éprouvée dans le milieu des produits d'assurance, comme en attestent les pièces produites (irrecevables, cf. consid. 2.2.2 *supra*).

3.5

3.5.1 En l'espèce, il convient d'interpréter l'art. 8 ch. 5 let. a CGA 2000 en tenant certes compte de la teneur de l'art. 8 ch. 4 let. a et b CGA 2000.

En vertu de l'art. 8 ch. 1 let. d, 2^e tiret, CGA 2000, qui définit les prestations d'assurance, soit les prestations que l'intéressée doit en échange des primes qu'elle a encaissées, l'assuré peut, notamment, choisir, comme durée du droit aux prestations, « au maximum 730 jours civils dans une période de 900 jours consécutifs avec des délais d'attente de 10, 14, 21, 30, 60, 90, 120, 150, 180, 270 ou 360 jours ». En outre, en vertu de l'art. 8 ch. 4 let. a, 1^{ère} phrase, CGA 2000, les prestations en cas d'incapacité de gain sont octroyées dès l'expiration du délai d'attente convenu.

Pour un locuteur de langue française, un « délai d'attente » est un laps de temps durant lequel il y a eu lieu de patienter. Dans le contexte d'un contrat prévoyant des prestations, la stipulation d'un délai d'attente a donc pour effet de différer l'exigibilité de la prestation, non de réduire celle-ci, sauf à donner aux mots un sens différent que leur sens commun. Partant, l'assuré qui prend connaissance des art. 8 ch. 1 let. d, 2^e tiret, et 8 ch. 4 let. a CGA 2000 est en droit de penser, s'il a opté pour un droit de 730 jours avec un délai d'attente de 60 jours, qu'après l'expiration du délai de 60 jours, il aura droit, s'il reste incapable de gain pendant encore 730 jours, à 730 indemnités journalières. Il est dès lors manifeste que « la durée maximale » sur laquelle le délai d'attente doit être imputé, selon l'art. 8 ch. 5 let. a CGA 2000, n'est pas le nombre maximal d'indemnités journalières assurées, 730, mais la période dans laquelle ces indemnités peuvent être dues, qui est de 900 jours consécutifs. Sinon, dans

l'hypothèse où l'assuré aurait opté pour un maximum de 730 indemnités avec un délai d'attente de 360 jours, la prestation d'assurance due en vertu du contrat se limiterait à 10 indemnités journalières au maximum - ce qui n'aurait aucun sens.

C'est dès lors à raison que l'appelant soutient que le contrat d'assurance litigieux lui donne droit à 730 indemnités journalières après un délai d'attente de 60 jours, dans un cadre de 900 jours consécutifs comprenant le délai d'attente.

En effet, à la lecture de l'art. 8 ch. 4 let. a CGA 2000, on comprend que dès l'expiration du délai d'attente convenu, 60 jours en l'espèce, les prestations sont octroyées ; donc il faut attendre 60 jours, puis l'assurance verse l'indemnité journalière au maximum pendant 730 jours. Si l'on met cette disposition en lien avec la let. b (pour chaque nouveau sinistre le délai d'attente est imputé) et le ch. 5 let. a (le délai d'attente est imputé sur la durée maximale du droit aux prestations), il y a un risque dans les faits de se retrouver avec une déduction de 120 jours au total ; en effet, d'abord on attend 60 jours, puis l'assurance verse (au maximum 730 jours) en imputant 60 jours sur le délai maximal de 730 jours.

3.5.2

3.5.2.1 Il ressort des faits incontestés par les parties qu'à une date inconnue mais aux environs du 18 mai 2017, l'appelant a annoncé son incapacité de travail à l'intimée. Le 19 mai 2017, l'intimée a accusé réception de cette annonce et a requis de l'appelant de compléter le formulaire « Déclaration d'incapacité de travail de l'assuré ». L'appelant s'est déterminé le 22 mai 2017 et a fait valoir son droit à l'indemnité journalière assurée en transmettant ladite déclaration complétée. Ce formulaire indique sous « 3. Période de l'incapacité » que l'appelant se trouve en incapacité de travail totale du 3 au 21 mai 2017, puis à 20% dès le 22 mai 2017. En date du 30 mai 2017, le médecin-conseil de l'intimée a reconnu que l'incapacité de travail était justifiée.

Par courrier du 22 mai 2019, l'intimée a informé l'appelant que son droit aux prestations de 730 jours était épuisé au 2 mai 2019. Le 28 mai 2019, l'appelant a contesté la position de l'intimée, dès lors que les indemnités journalières ne lui ont été versées qu'à compter du 3 juillet 2017, les 730 jours n'étant ainsi épuisés qu'à compter du 3 juillet 2019. Selon l'intimée, le droit aux prestations de 730 jours était épuisé au 2 mai 2019 ; selon l'appelant, les indemnités ne lui avaient été versées qu'à compter du 3 juillet 2017, ce que l'intimée ne conteste pas, les 730 jours n'étant dès lors pas épuisés avant le 3 juillet 2019.

3.5.2.2 Il apparaît que le délai d'attente convenu de 60 jours a été pris en compte dès le 3 mai 2017, soit durant les mois de mai et juin 2017, ce qui explique que le paiement des indemnités n'est intervenu que depuis le 3 juillet 2017. Il s'ensuit qu'à la lecture de la police d'assurance, voire des dispositions topiques CGA 2000, la durée maximale de 730 jours (24,33 mois) devait s'étendre jusqu'au 3 juillet 2019, avec un intérêt au taux de 5% l'an dès le 3 juillet 2018 (échéance moyenne sur 24 mois).

4.

4.1 En définitive, l'appel doit être admis et le jugement entrepris modifié en ce sens que la demande de l'appelant est admise et que l'intimée doit lui verser une indemnité journalière de 263 fr. du 3 juillet 2017 au 3 juillet 2019, chaque indemnité journalière portant intérêt au taux de 5% l'an dès le 3 juillet 2018, échéance moyenne, sous déduction des montants précités (cf. let. A *supra*).

4.2 Selon l'art. 318 al. 3 CPC, si l'instance d'appel statue à nouveau, elle se prononce sur les frais – soit les frais judiciaires et les dépens (art. 95 al. 1 CPC) – de la première instance.

En l'occurrence, le jugement a été rendu sans frais judiciaires de première instance, en application de l'art. 114 let. c CPC.

Dans la mesure où l'appelant requiert également la réforme du jugement sur la quotité des dépens de première instance, la question se pose de savoir si la conclusion prise à cet égard (« une somme supérieure à 8'400 fr. ») est suffisante au regard des exigences de motivation (ATF 143 III 111 consid. 1.2), étant relevé que la jurisprudence se réfère également à la motivation de l'écriture et au jugement attaqué à cet égard (consid. 1.2 précité *in fine*). Il résulte toutefois de l'appel que l'appelant sollicite la différence entre de pleins dépens et les dépens réduits alloués, ce qui est suffisant.

La CPat s'est référée à l'art. 5 TDC pour fixer le montant des dépens à 8'400 fr., compte tenu de l'admission partielle de la demande. La valeur litigieuse retenue en première instance est de 110'460 fr., la fourchette prévue dans cette disposition pour les valeurs litigieuses comprises entre 100'001 fr. et 250'000 fr., permettant d'allouer un montant de 4'000 fr. à 12'000 francs. Il convient d'ajouter à ce montant, la somme de 700 fr., correspondant à un douzième (soit 2 mois d'indemnités supplémentaires par rapport aux 22 mois obtenus en première instance). Au total, les pleins dépens de première instance seront ainsi fixés à 9'100 fr. (art. 4 et 19 TDC [Tarif des dépens en matière civile du 23 novembre 2010 ; BLV 270.11.6]).

4.3 Le présent arrêt est rendu sans frais judiciaires de deuxième instance (art. 114 let. c CPC).

4.4 S'agissant des dépens de deuxième instance, le conseil de l'appelant a produit spontanément une note d'honoraires, ce qui est admissible (art. 105 2^e phrase CPC), qui fait état de 11 heures consacrées au dossier, au tarif horaire de 300 fr., ainsi que des débours effectifs à hauteur de 15 fr. 90 et 255 fr. 40 de TVA sur le tout, soit de 3'571 fr. 30 au total. Ce montant, qui comprend le temps consacré à la réplique spontanée - admissible en appel au fond - peut être admis (art. 7 TDC).

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

I. L'appel est admis.

II. Il est statué à nouveau comme il suit :

I. La demande de V._____ est admise.

II. La défenderesse P._____ doit verser au demandeur V._____ une indemnité journalière de 263 fr. du 3 juillet 2017 au 3 juillet 2019, chaque indemnité journalière portant intérêt au taux de 5% l'an dès le 3 juillet 2018, échéance moyenne, sous déduction des montants suivants : 9'638 fr. 72, valeur au 10 décembre 2018 ; 54'654 fr. 70, valeur au 27 mai 2019 ; 3'389 fr. 45, valeur au 8 juillet 2019.

III. Le jugement est rendu sans frais judiciaires de première instance.

IV. La défenderesse P._____ doit verser au demandeur V._____ la somme de 9'100 fr. (neuf mille cent francs) à titre de dépens de première instance.

III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires de deuxième instance.

IV. L'intimée P._____ doit verser à l'appelant V._____ la somme de 3'571 fr. 30 (trois mille cent septante et un francs et trente centimes) à titre de dépens de deuxième instance.

V. L'arrêt est exécutoire.

La présidente :

La greffière :

Du

Le présent arrêt, dont le dispositif a été communiqué par écrit aux intéressés le 26 août 2021, est notifié en expédition complète à :

- Me Jean-Michel Duc (pour V. _____),
- P. _____,

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

- Mme la Juge président la Chambre patrimoniale cantonale.

La Cour d'appel civile considère que la valeur litigieuse est supérieure 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 du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral – 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 :