

**COUR D'APPEL CIVILE**

---

---

Arrêt du 13 avril 2022

---

Composition : Mme GIROUD WALTHER, présidente  
Mmes Cherpillod et Chollet, juges  
Greffière : Mme Cottier

\*\*\*\*\*

**Art. 4, 6 al. 1 et 8 ch. 3 et 4 LCA**

Statuant sur l'appel interjeté par **E.\_\_\_\_\_SA**, à [...],  
défenderesse, contre le jugement rendu le 10 décembre 2020 par le  
Tribunal civil de l'arrondissement de La Broye et du Nord vaudois dans la  
cause divisant l'appelante d'avec **C.\_\_\_\_\_**, à [...], demanderesse, la Cour  
d'appel civile du Tribunal cantonal considère :

**En fait :**

**A.** Par jugement du 10 décembre 2020, adressé pour notification aux parties le 7 avril 2021, le Tribunal civil de l'arrondissement de La Broye et du Nord vaudois (ci-après : le tribunal ou les premiers juges) a dit qu'E.\_\_\_\_\_SA devait payer à C.\_\_\_\_\_ la somme de 32'711 fr. 10, avec intérêt à 5 % l'an dès le 22 août 2019 (I), a dit que, la procédure étant gratuite, les éventuelles avances de frais effectuées par les parties leur seraient remboursées (II), a dit qu'E.\_\_\_\_\_SA devait verser à C.\_\_\_\_\_ la somme de 6'500 fr. à titre de dépens (III), a arrêté l'indemnité d'office de l'avocat Denis Weber, conseil de C.\_\_\_\_\_, à 6'042 fr. 60, débours compris (IV), a dit que la bénéficiaire de l'assistance judiciaire était, dans la mesure de l'art. 123 CPC, tenue au remboursement de l'indemnité de son conseil d'office (V) et a rejeté toutes autres ou plus amples conclusions (VI).

En droit, les premiers juges ont examiné si C.\_\_\_\_\_ avait commis une réticence en signant la proposition d'assurance d'E.\_\_\_\_\_SA. A cet égard, ils ont considéré qu'au moment de la signature de la proposition d'assurance, C.\_\_\_\_\_ pouvait de bonne foi considérer que la souffrance éprouvée après le décès de son fils n'était pas un élément important pour l'évaluation du risque, sans devoir la tenir pour le signe d'une maladie imminente aigüe. Ils sont ainsi parvenus à la conclusion que l'intéressée n'avait pas commis de réticence en répondant négativement à la question 9 du questionnaire de santé inclus dans la proposition d'assurance. Il s'ensuivait qu'E.\_\_\_\_\_SA n'était pas fondée à résilier le contrat d'assurance. Cette dernière a dès lors été astreinte à verser à C.\_\_\_\_\_ le montant de 32'711 fr. 10.

**B.** Par acte du 7 mai 2021, E.\_\_\_\_\_SA (ci-après : l'appelante) a déposé un appel contre ce jugement en concluant, sous suite de frais et dépens, à la réforme des chiffres I et III de son dispositif en ce sens que la demande déposée par C.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'intimée) à son encontre soit

rejetée dans la mesure de sa recevabilité et que celle-ci soit astreinte à lui verser la somme de 6'500 fr. à titre de dépens. Subsidiairement, elle a conclu à l'annulation du jugement et à son renvoi à l'autorité de première instance pour nouvelle décision dans le sens des considérants.

Le 21 mai 2021, l'appelante a versé l'avance de frais, par 1'327 francs.

Par réponse du 6 septembre 2021, l'intimée s'est déterminée sur l'appel et a conclu, sous suite de dépens, à son rejet.

Le 15 octobre 2021, l'appelante a produit une copie de la police d'assurance et de ses annexes.

Le 2 novembre 2021, la Juge déléguée de le Cour de céans a informé les parties que la cause était gardée à juger, en indiquant qu'il n'y aurait pas d'autre échange d'écritures et qu'aucun fait ou moyen de preuve nouveau ne serait pris en compte.

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

**1.** Le 19 septembre 2017, l'intimée, exploitante d'une entreprise de nettoyage, a signé une proposition d'assurance-maladie collective de l'assureur E. \_\_\_\_\_ SA, à [...] (ci-après : [...] ou l'appelante), par l'intermédiaire de l'Agence principale de [...], localité dans laquelle elle avait été précédemment domiciliée.

Dite proposition (police no. [...]) prévoyant une prise d'effet au 19 septembre 2017 et une expiration au 1<sup>er</sup> janvier 2021, visait notamment à assurer l'intimée contre la perte de gain en cas d'accident et de maladie, par le versement d'indemnités journalières. L'indemnité journalière en cas d'accident correspondait à la couverture à 100 % du salaire annuel assuré, à savoir 60'000 fr. *in casu*, pendant 730 jours dès le

46<sup>e</sup> jour d'incapacité de travail (délai d'attente : 45 jours). L'indemnité journalière en cas de maladie se montait elle aussi à 100 % du salaire annuel assuré.

La proposition d'assurance incluait un questionnaire de santé dont le préambule stipulait ce qui suit :

« Il est impératif de répondre à toutes les questions de manière complète et conforme à la vérité. En cas d'omission de déclarer ou de déclaration inexacte d'un fait important que le preneur d'assurance connaissait ou devait connaître lors de la conclusion du présent contrat d'assurance, E. \_\_\_\_\_ SA est autorisée à résilier ledit contrat. Si les éléments non ou incorrectement communiqués ont influencé la survenance ou l'étendue du sinistre, l'obligation de prestation d'E. \_\_\_\_\_ SA s'éteint pour les sinistres déjà survenus. E. \_\_\_\_\_ SA est en droit de demander le remboursement de prestations déjà fournies. Ceci s'applique également lorsque les réponses ont été indiquées par une autre personne. ».

Dans ce questionnaire de santé du 19 septembre 2017, l'intimée a répondu « *non* » à la question suivante (question 9) :

« Souffrez-vous ou avez-vous souffert de l'atteinte à la santé en raison de maladie ou d'accident du système nerveux (p.ex. paralysies, épilepsie, vertiges, paralysies, troubles nerveux) des yeux ou du psychisme (p. ex. dépressions, troubles anxieux et/ou état d'épuisements) ou avez-vous fait une tentative de suicide ? ».

Au moment de la signature de la proposition d'assurance précitée, L. \_\_\_\_\_, conseiller en assurances auprès de l'appelante, était présent.

**2.** Le 23 novembre 2018, l'intimée a subi un accident. Selon ses explications, elle est montée sur une échelle à une hauteur de 3 mètres de haut pour nettoyer une fenêtre-velux et en descendant, l'échelle a basculé. Cet accident lui a infligé des blessures au dos, poignet, cou et bras, entraînant une incapacité de travail depuis le 23 novembre 2018 (cf. formulaire « Avis d'accident » remis le 3 décembre 2018 à l'appelante). Les premiers soins médicaux ont été dispensés par le Dr V. \_\_\_\_\_.

Par courriel du 26 novembre 2018, l'intimée a adressé à l'appelante deux certificats médicaux sous forme de pièces jointes, l'un délivré le 23 novembre 2018 par le Dr V.\_\_\_\_\_ et l'autre le 26 novembre 2018 par le Dr B.\_\_\_\_\_, tous deux médecins assistants à l'Hôpital [...]. Ils attestent une incapacité de travail à 100 %, respectivement du 23 novembre 2018 au 25 novembre 2018 et du 26 novembre 2018 au 1<sup>er</sup> décembre 2018.

Le 3 décembre 2018, l'intimée a complété un formulaire « Avis d'accident » destiné à l'appelante en y exposant en détail son accident. A cette occasion, elle a indiqué que son médecin traitant était la Dre P.\_\_\_\_\_. Le même jour, elle a aussi complété un formulaire « Déclaration de maladie » destiné à l'appelante, en indiquant que l'incapacité de travail à partir du 23 novembre 2018 résultait d'un accident.

**3.** Selon certificat médical daté du 30 novembre 2018, l'incapacité totale de travail pour cause d'accident de l'intimée a été attestée par la Dre P.\_\_\_\_\_, médecin généraliste, pour la période du 30 novembre 2018 au 14 décembre 2018.

**4.** A la suite du courrier du 6 décembre 2018 sollicitant l'envoi d'une autorisation de levée du secret médical, l'appelante a versé à l'intimée 4'110 fr. à titre d'indemnités journalières pour la période du 7 janvier 2019, soit dès le 46<sup>e</sup> jour d'incapacité de travail, jusqu'au 31 janvier 2019.

**5.** Le 14 décembre 2018, la Dre P.\_\_\_\_\_ a prolongé l'incapacité totale de travail de l'intimée du 14 décembre 2018 au 18 janvier 2019, en cochant toutefois non plus la case « accident », mais la case « maladie » dans le certificat médical délivré. Il ressort de ses notes résumant la consultation du 14 décembre 2018 ce qui suit (sic) :

« A perdu son fils il y a 23 mois, seul enfant, qui avait 22 ans, le [...] accident de voiture, tourne en rond... Pas le droit à l'aide à domicile, seule à la maison, fourmilles poignet D, au sein, parents au [...], tous

les soirs c'est difficile, aimerais partir au soleil loin de tout le monde, suivi psy à [...], elle est entrée dans l'islam, a pris 5 mois pour se lever pour aller travailler, n'a plus d'objectifs dans la vie, son père l'aide, habite entre [...] et [...], a une bonne retraite ... »

Dans un formulaire pré-imprimé intitulé « Rapport médical initial - Assurance d'indemnité journalière maladie collective » daté du 10 janvier 2019, destiné à l'appelante, la Dre P. \_\_\_\_\_ a indiqué avoir retenu le diagnostic de « *dépression réactionnelle* » avec incidence sur l'incapacité de travail et avoir prescrit, en guise de thérapie dans le cadre d'un traitement ayant débuté le 14 décembre 2018, du « *Deprivita 900 mg/j* », médicament indiqué pour les épisodes dépressifs légers et moyens.

Par certificat médical délivré le 18 janvier 2019, la Dre [...] a attesté que l'intimée était toujours au bénéfice d'une incapacité de travail à 100 % pour cause de maladie jusqu'au 22 février 2019. Les certificats suivants attestent une incapacité jusqu'au 18 août 2019, en précisant parfois la cause (maladie), parfois sans précision. Dans l'un de ces certificats, daté du 15 mars 2019, la praticienne a en outre apporté la précision suivante : « a bénéficié d'un arrêt de travail en maladie suite à un accident du 26.11.2018 et elle a été suivie à ma consultation pour les 2 raisons (accident et maladie) ».

**6.** Le 11 février 2019, l'appelante a soumis au Dr Y. \_\_\_\_\_ un questionnaire relatif aux soins dispensés en 2017 à l'intimée. Dans ce questionnaire complété et signé le 14 février 2019, le Dr Y. \_\_\_\_\_ et le psychologue Q. \_\_\_\_\_, psychothérapeute délégué, ont indiqué qu'aucun diagnostic n'avait été retenu, la patiente consultant pour évaluer son état psychique depuis le décès de son fils, qu'aucun traitement n'avait été dispensé et qu'aucune incapacité de travail n'avait été attestée.

**7.** Par courrier recommandé du 4 mars 2019, l'appelante a fait état d'une réticence qu'aurait commise son assurée en répondant « non » à la question 9 du questionnaire de santé et a par conséquent résilié avec effet immédiat le contrat qui liait les parties. Selon l'assureur, l'intimée

avait été « traitée par un médecin psychiatre, le Dr Y.\_\_\_\_\_ à [...], durant l'année 2017 ».

Le lendemain, l'appelante lui a adressé un nouveau courrier par lequel elle a réitéré sa position et réclamé la restitution des prestations déjà fournies, soit la somme de 4'110 francs.

**8.** Selon attestation établie le 13 mars 2019, le psychologue Q.\_\_\_\_\_ a vu l'intimée à sa consultation à deux reprises, le 28 avril et le 12 juin 2017, pour une évaluation de son état psychique. Toujours selon dite attestation, « cette évaluation a mis en évidence que la patiente ne présentait pas de pathologie mentale et ne nécessitait donc pas de suivi ». L'intimée ne s'était pas présentée à une autre séance fixée le 6 juin 2017.

**9.** Interpellée par courrier du conseil de l'intimée du 18 mars 2019, l'appelante a notamment répondu ce qui suit par courrier du 26 mars 2019 :

« Comme vous le mentionnez dans votre lettre, votre mandante, Mme C.\_\_\_\_\_, était dans la peine, à la suite du décès de son fils de 22 ans, ce que nous ne remettons pas en cause.

Dans l'attestation de M. Q.\_\_\_\_\_, psychologue, que vous joignez à votre courrier, il est mentionné que Mme C.\_\_\_\_\_ l'a consulté à 2 reprises, le 28.04.2017 et 12.06.2017 afin d'évaluer son état psychique.

Les éléments ci-relevés démontrent, une fois de plus, que Mme C.\_\_\_\_\_ souffrait d'une atteinte de sa santé en raison du psychisme, sans quoi elle n'aurait pas consulté un spécialiste en psychothérapie. »

Dans un formulaire pré-imprimé intitulé « Rapport médical initial - Assurance d'indemnité journalière maladie collective », non daté mais adressé à l'appelante le 14 juin 2019, le Dr Z.\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute, a indiqué avoir posé le diagnostic suivant avec incidence sur l'incapacité de travail de l'intimée : « F39 Trouble de l'humeur (affectif), sans précision, F 63.4 (V6282) Deuil ». Il a précisé que l'affection s'était manifestée « après le décès le [...] de son fils de [...] ans » sous la forme de « deuil, tristesse, désespoir, troubles du sommeil,

souffrance, fatigue, épuisement » et qu'il avait entrepris une « thérapie de soutien dans le deuil », le début du traitement ayant commencé le 29 janvier 2019 et s'étant terminé le 19 février 2019.

**10. a)** Le 30 janvier 2019, la Caisse de compensation du canton de [...] a remis à l'appelante un extrait du compte individuel de l'intimée. Le dernier revenu mentionné sur ce document est celui de l'année 2017.

Le 16 mars 2020, la Caisse interprofessionnelle AVS de la [...], à [...], a attesté que l'intimée, affiliée auprès d'elle en qualité d'assurée de condition indépendante jusqu'au 31 décembre 2019, avait cotisé pour l'année 2018 sur la base d'un revenu annuel provisoire correspondant à la cotisation annuelle minimale de 478 fr. et qu'elle s'était acquittée des cotisations AVS/AI/APG et AF correspondantes.

**b)** Dans le cadre de la procédure, l'intimée a produit le compte de résultat de son entreprise, dont il ressort que son chiffre d'affaires était de 65'789 fr. 74 pour l'année 2016, de 16'695 fr. pour l'année 2017 et de 35'623 fr. 80 pour l'année 2018.

**11.** Par demande du 5 décembre 2019 déposée auprès du Tribunal civil de l'arrondissement de La Broye et du Nord vaudois, l'intimée a pris les conclusions suivantes :

- « I. La police d'assurance n° [...] liant E. \_\_\_\_\_ SA et C. \_\_\_\_\_ n'a pas été dénoncée valablement et est toujours en vigueur.
- II. E. \_\_\_\_\_ SA est débitrice de C. \_\_\_\_\_ et lui doit immédiat paiement de la somme de 36'825 francs, avec intérêts à 5 % l'an dès le 28 avril 2019. »

Par réponse du 21 février 2020, l'appelante a pris, sous suite de frais et dépens, les conclusions suivantes :

« *Principalement*

- 1. Rejeter la demande déposée par C. \_\_\_\_\_ le 5 décembre 2019 dans la mesure où celle-ci est recevable.

*A titre reconventionnel*

2. Dire que Mme C.\_\_\_\_\_ est débitrice de E.\_\_\_\_\_SA et lui doit prompt paiement de la somme de CHF 4'110.- avec intérêts à 5% l'an dès le 5 mars 2019. »

A l'audience de débats d'instruction du 5 mai 2020, l'intimée a indiqué que l'indemnité réclamée l'était sur la base des deux assurances conclues, soit accident et maladie.

**12.** Entendu en qualité de témoin, L.\_\_\_\_\_, conseiller en assurances auprès de l'appelante, a notamment exposé ce qui suit sur sa relation avec l'intimée :

« Je n'étais pas l'agent de toute sa famille, mais son frère était assuré chez moi. Aucun autre membre de sa famille à ma connaissance. Son fils n'était pas mon client, mais celui de l'un de mes collègues d'E.\_\_\_\_\_SA. La voiture de son fils au nom de Mme C.\_\_\_\_\_ était assurée par ce collègue ».

L.\_\_\_\_\_ a également indiqué qu'il avait habité dans l'immeuble voisin de celui du frère de C.\_\_\_\_\_ et qu'il avait une relation de clientèle avec cette dernière. Il s'est souvenu avoir traité avec l'intimée pour des assurances voiture et ménage et lui avoir proposé une assurance perte de gain lorsqu'elle lui avait parlé de son entreprise. Il connaissait ainsi la situation de l'intimée, qui lui avait aussi parlé du décès de son fils, sans savoir qu'elle avait consulté un psychologue. A sa connaissance, l'intimée était en bonne santé au moment de la signature de la proposition d'assurance.

### **En droit :**

#### **1.**

**1.1** L'appel est recevable contre les décisions finales de première instance dans les affaires patrimoniales (art. 308 al. 1 let. a CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272]), pour autant que la

valeur litigieuse au dernier état des conclusions de première instance soit de 10'000 fr. au moins (art. 308 al. 2 CPC).

L'appel, écrit et motivé, 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** En l'espèce, interjeté en temps utile, déposé par une partie qui a un intérêt digne de protection (art. 59 al. 2 let. a CPC) et dirigé contre une décision finale de première instance rendue dans une cause patrimoniale dont la valeur litigieuse des conclusions, dans leur dernier état devant le tribunal de première instance, est supérieure à 10'000 fr., l'appel principal est recevable.

**2.** L'appel peut être formé pour violation du droit ou pour constatation inexacte des faits (art. 310 CPC). Il offre à l'autorité de deuxième instance un plein pouvoir d'examen (Jeandin, Commentaire Romand, Code de procédure civile, 2<sup>e</sup> éd. 2019, n. 1 ad art. 310 CPC). Celle-ci 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 (Tappy, Les voies de droit du nouveau Code de procédure civile, JdT 2010 III 129, spéc. p. 134). Elle peut revoir librement la constatation des faits sur la base des preuves administrées en première instance (Tappy, op. cit., p. 135).

### **3.**

**3.1** Dans une partie intitulée « Faits », l'appelante expose sur huit pages sa propre version des faits, indiquant comme source tantôt le jugement entrepris, tantôt des pièces.

**3.2** 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).

**3.3** Conformément aux règles de motivation rappelées ci-dessus, il appartenait à l'appelante, qui plus est assistée d'un avocat, d'exposer en quoi les faits qu'elle invoque qui ne ressortent pas du jugement entrepris auraient été omis de manière inexacte, et en particulier en quoi l'un ou l'autre de ces faits ne pouvait être ignoré des juges de première instance sans méconnaître la maxime inquisitoire simple. On rappellera à cet égard que cette maxime vise à protéger la partie faible au contrat (ATF 141 III 569 consid. 2.3.1), que n'est pas l'assurance, partie appelante.

En l'espèce la présentation de l'appelante est totalement dépourvue d'une telle motivation. Les faits qui y sont mentionnés et qui n'ont pas été constatés par l'autorité précédente sont ainsi irrecevables. Les moyens de droit que l'appelante tente d'en tirer ne peuvent en conséquence qu'être rejetés. Au surplus, de jurisprudence constante, le renvoi à des écritures annexes notamment à un « mémoire-réponse » et à « la procédure de première instance » est irrecevable, et impropre à constituer une motivation suffisante (TF 4A\_580/2015 du 11 avril 2016

consid. 2.2, non publié à l'ATF 142 III 271 ; TF 5A\_660/2014 du 17 juin 2015 consid. 4.2).

Au demeurant, les faits que l'appelante allègue ne sont pas établis par les pièces qu'elle invoque, ainsi lorsqu'elle soutient que la Dre P.\_\_\_\_\_ « précise que la demanderesse a été en incapacité de travailler durant cinq mois suite au décès de son fils ». En effet, cette praticienne n'a jamais attesté d'une telle incapacité de travail, qui n'est au demeurant pas établie, le praticien ne reprenant que l'appréciation subjective de la patiente. Or, à cette occasion, soit le 14 décembre 2018, celle-ci avait uniquement dit, selon les notes de la praticienne, « a pris 5 mois pour se lever pour aller travailler », sans dire ni à quelle période - avant ou après la conclusion du contrat litigieux, ni si cela impliquait une incapacité de travail, que la praticienne n'atteste pas. La comptabilité de l'appelante n'est quant à elle pas propre à établir une telle incapacité de travail de cinq mois en 2017, au seul motif que le chiffre d'affaires réalisé cette année-là serait inférieur à celui réalisé en 2018. A cet égard, on note également que le revenu réalisé en 2018 équivaut à la moitié de celui réalisé en 2016 alors que l'intimée n'était pourtant pas, durant l'année 2018 et jusqu'à fin novembre 2018, en incapacité de travail.

#### **4.**

**4.1** En droit, l'appelante reproche aux premiers juges de ne pas avoir retenu une réticence de la part de l'intimée. Elle soutient que la connaissance du décès du fils de l'intimée par l'agent d'assureur ne lui est pas opposable dès lors qu'il s'agirait d'un simple agent négociateur et non pas d'un agent stipulateur. De toute manière, l'agent n'avait aucune conscience de l'ampleur de l'impact de cet événement sur la santé mentale de l'intimée. En outre, selon l'appelante, l'intimée n'aurait pas agi de bonne foi en répondant négativement à la question 9 du questionnaire de santé inclus dans la proposition d'assurance. Elle invoque à cet égard que l'intimée aurait été en incapacité de travail durant cinq mois à la suite du décès de son fils et poursuivait une thérapie auprès du psychologue Q.\_\_\_\_\_, de sorte que, quand bien même la question 9 pouvait être

considérée comme floue et évasive, ces faits auraient dû être annoncés à l'assureur en raison de leur importance pour l'évaluation du risque.

## **4.2**

**4.2.1** A teneur de l'art. 4 LCA, 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).

Selon l'art. 6 al. 1 à 3 LCA, l'assureur est en droit de résilier le contrat en cas de réticence, c'est-à-dire lorsque les déclarations du proposant se révèlent inexactes ou incomplètes (al. 1) ; il est autorisé à refuser sa prestation aussi pour les sinistres déjà survenus, si le fait qui a été l'objet de la réticence a influé sur leur survenance ou leur étendue (al. 3). Ce droit de résiliation s'éteint quatre semaines après que l'assureur a eu connaissance de la réticence (al. 2).

Lorsque l'assureur se prévaut de la réticence et que celle-ci est contestée par le preneur d'assurance, le juge doit examiner si et dans quelle mesure le preneur pouvait donner de bonne foi une réponse négative à une question de l'assureur, selon la connaissance qu'il avait de sa situation et, le cas échéant, selon les renseignements qu'il avait reçus de personnes qualifiées. L'art. 4 al. 1 LCA exige du preneur qu'il se demande sérieusement s'il existe un fait appréhendé par la question de l'assureur. Le preneur satisfait à son devoir s'il déclare, outre les faits qui lui sont connus sans autre réflexion, ceux qui ne peuvent pas lui échapper s'il réfléchit sérieusement aux questions de l'assureur. Il est fondé à attribuer aux termes techniques employés dans ces questions, dont il ne connaît pas le sens et qui ne lui sont pas expliqués, le sens qu'il leur est en général prêté dans le milieu où il vit, en particulier le sens que le langage

usuel attribue à ces termes (ATF 136 III 334 consid. 2.3 ; ATF 134 III 511 consid. 3.3.3 ; ATF 116 II 338 consid. 1c ; TF 4A\_94/2019 du 17 juin 2019 consid. 3). La réticence suppose que la réponse donnée à la question ne soit pas conforme à la vérité, par omission ou inexactitude. La réticence résulte de la divergence entre la vérité et ce qui a été déclaré. Elle peut consister à affirmer un fait faux, à taire un fait vrai ou à présenter une vision déformée de la vérité. Selon l'art. 4 al. 3 LCA, il incombe à l'assureur de poser des questions précises et non équivoques. Il n'y a pas de réticence si l'assureur a posé une question ambiguë et que la réponse apparaît véridique selon la manière dont le preneur pouvait de bonne foi comprendre la question (ATF 136 III 334 consid. 2.3 ; TF 4A\_94/2019 précité consid. 3).

**4.2.2** Aux termes de l'art. 8 LCA, malgré la réticence, l'assureur ne pourra pas résilier le contrat, s'il connaissait ou devait connaître le fait qui n'a pas été déclaré (ch. 3) ou s'il connaissait ou devait connaître exactement le fait qui a été inexactement déclaré (ch. 4).

Par la formule employée, il apparaît que l'assureur a l'obligation d'examiner de manière attentive et critique les réponses données aux questions qu'il a posées, sans que les rôles ne soient toutefois inversés. Il n'a pas à se renseigner, ni à rechercher par lui-même les réponses aux questions qu'il a formulées (ATF 111 II 388 consid. 3c/bb et cc) ; il n'a pas davantage à vérifier par tous les moyens à sa disposition les réponses qui lui sont fournies (ATF 116 II 345 consid. 4 ; TF 4A\_579/2009 du 1<sup>er</sup> février 2010 consid. 2.5). En revanche, l'assureur doit rechercher des informations s'il est nécessaire d'écarter des incertitudes ou d'élucider des contradictions qui résulteraient des réponses apportées dans la proposition. Nier toute obligation à sa charge dans ce domaine pourrait en effet amener l'assureur à se taire lors de la conclusion du contrat, afin de pouvoir bénéficier de la réticence en cas de sinistre, ce qui serait contraire aux règles de la bonne foi (TF 4A\_376/2014 du 27 avril 2015 consid. 2.4.1 et les réf. citées). S'il existe une contradiction manifeste dans les réponses données par le proposant, il appartient dès lors à l'assureur de la lever, en réclamant de plus amples informations à

l'intéressé ou en sollicitant les renseignements utiles de la part du médecin traitant (TF 4A\_274/2018 du 13 décembre 2018 consid. 3.1.1 ; TF 4A\_376/2014 précité consid. 2.4.2).

**4.2.3** Selon la jurisprudence, le représentant engage le représenté par ce qu'il savait ou devait savoir (ATF 140 III 86 consid. 4.1 et les réf. citées ; TF 4A\_141/2018 du 4 septembre 2018 consid. 5.2 ; TF 5A\_420/2013 du 23 janvier 2014 consid. 4.3).

En matière de contrat d'assurance, il est fréquent que des personnes différentes interviennent au moment de la négociation d'un contrat puis à celui de sa conclusion. On peut ainsi donner dans un premier temps à un agent négociateur les pouvoirs de négocier le contrat, puis à un agent stipulateur les pouvoirs de le conclure. L'agent négociateur retranscrit en principe les informations transmises par le proposant dans un formulaire de souscription qui est ensuite transmis à l'assurance pour l'appréciation des risques. La jurisprudence et la doctrine majoritaire considèrent que seule la connaissance de l'agent stipulateur est imputée au représenté, puisque l'agent négociateur n'a pas les pouvoirs de conclure le contrat (ATF 111 II 388 consid. 3b ; ATF 96 II 204 consid. 6, JdT 1972 I 34 ; ATF 73 II 50 consid. 3 ; TF 5C.143/2001 du 20 novembre 2001 consid. 4 ; Brulhart, Droit des assurances privées, 2<sup>e</sup> éd. 2017, n. 614). Cette distinction découlait de l'ancien art. 34 aLCA (abrogé par l'entrée en vigueur du nouvel art. 34 le 1<sup>er</sup> janvier 2006 [RO 2005 5245 5250 ; FF 2003 3353]), qui prévoyait qu'« à l'égard du preneur d'assurance, l'agent est réputé pouvoir faire pour l'assureur les actes que comportent habituellement les opérations d'un agent de sa catégorie ou que l'agent a coutume de faire avec l'autorisation tacite de l'assureur » (Annick Fournier, L'imputation de la connaissance, Etude de droit privé suisse, Zürich 2021, p. 101 s). Depuis, le Tribunal fédéral a laissé indécise la question de savoir si la connaissance d'un agent négociateur pouvait être imputée à l'assureur, en relevant toutefois qu'il serait douteux que l'on puisse l'admettre (TF 4A\_579/2009 du 1<sup>er</sup> février 2010 consid. 2.5).

La doctrine n'est pas unanime sur ce point. Certains auteurs considèrent au contraire que la connaissance de l'agent négociateur doit également être imputée à l'assureur (Stephan Fuhrer, *Schweizerisches Privatversicherungsrecht*, Zurich 2011, n. 7.61, p. 182 ; Annick Fournier, *op. cit.*, p. 101 ss). Selon Fournier, l'imputation de la connaissance de l'agent négociateur se justifie par le fait que la personne représentée donne au représentant les pouvoirs de négocier, ce qui comprend également les pouvoirs passifs de recevoir valablement les déclarations. En outre, selon le principe d'égalité, le tiers ne doit pas être désavantagé par le fait que son partenaire contractuel a des intermédiaires. Or, dans cette hypothèse, la situation du tiers qui contracte avec un représenté sera aggravée. Il devra en effet faire état, au représentant qui conclut l'affaire, de l'ensemble des informations communiquées préalablement à l'agent négociateur. De plus, la délégation des tâches à un représentant crée un risque lié à la division de la connaissance. Ce risque doit, selon le principe de la bonne foi, être supporté par celui qui le crée, en tire bénéfice et peut le contrôler. Il n'appartient ainsi pas au tiers de supporter le risque que la connaissance soit fragmentée par une répartition de la négociation et de la conclusion du contrat entre différents intermédiaires. Enfin, faire fi de la connaissance de l'agent négociateur mène à des situations abusives, car il permet au représenté de tenir compte de la connaissance du négociateur dans la préparation du contrat par ce dernier et de le faire signer par un représentant qui ignore le contenu des pourparlers (Annick Fournier, *op. cit.*, p. 102 ss). Partant, ce ne sont pas seulement les informations protocolées dans le formulaire transmis à l'assurance qui seraient déterminantes pour juger de la connaissance de l'assurance, mais bien toute la connaissance de l'agent négociateur qui entre dans ses pouvoirs de représentation passive, c'est-à-dire également les informations transmises par le tiers qui n'aurait pas été protocolées (Annick Fournier, *op. cit.*, p. 104 ; Fuhrer *in* Honsell/Vogt/Schnyder/Grolimund, *Versicherungs-vertragsgesetz*, Bâle 2001, n. 123 ad art. 34 LCA et *Versicherungs-vertragsgesetz Nachführungsband*, Bâle 2012, ad n. 76 ss art. 34).

**4.3** Les premiers juges ont retenu que l'intimée avait vu à deux reprises un psychologue pour une évaluation de son état psychique après le décès de son fils. Ces entrevues n'avaient débouché sur aucun suivi ou traitement auprès du psychiatre Y.\_\_\_\_\_, ni auprès du psychologue consulté ; aucun médicament n'avait été prescrit et aucune incapacité de travail n'avait été constatée. Ils ont considéré qu'aucun élément du dossier ne permettait de retenir qu'à la signature du contrat d'assurance, l'intimée avait souffert, ou pu savoir qu'elle souffrait de troubles psychiques. Quant aux rapports des Drs Z.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_, ils n'avaient pas été établis sur la base d'observations effectuées en 2017, mais *a posteriori*, plus d'une année plus tard, de sorte qu'ils n'étaient pas déterminants pour apprécier l'état de santé de l'intimée, ou la représentation que celle-ci pouvait s'en faire à l'époque de la signature du contrat au mois de septembre 2017. En outre le conseiller en assurance L.\_\_\_\_\_, lequel connaissait la situation familiale de l'intéressée, avait indiqué que celle-ci lui avait paru en bonne santé. Les premiers juges ont par ailleurs considéré que le besoin d'un suivi médical ne s'était concrètement manifesté qu'à la fin de l'année 2018, les certificats médicaux délivrés par la Dre P.\_\_\_\_\_ mentionnant d'abord une incapacité de travail due à un accident, avant une prolongation de cette incapacité pour cause de maladie. Ils sont ainsi parvenus à la conclusion que l'intimée pouvait raisonnablement de bonne foi considérer, au moment de la signature de la proposition d'assurance, que la souffrance éprouvée après le décès de son fils n'était pas un élément important pour l'évaluation du risque, sans avoir à la tenir pour le signe d'une maladie imminente aiguë, de sorte qu'elle n'avait pas commis de réticence en répondant négativement à la question 9 du questionnaire de santé.

**4.4** En l'occurrence, comme cela ressort de la jurisprudence depuis 2013 et contrairement à ce que soutient l'appelante, une clause telle celle n° 9 sur laquelle se fonde l'appelante n'était pas précise, de sorte que la présomption posée par l'art. 4 al. 3 LCA, soit que les faits importants sont ceux au sujet desquels l'assureur a posé par écrit des questions précises, ne saurait ici s'appliquer.

Cela dit, l'intimée a perdu son fils unique, âgé de 22 ans, dans un accident de voiture début 2017. Ce fait était connu de l'agent de l'appelante qui, fin 2017, a proposé, au nom de cette dernière, une assurance perte de gain à l'intimée et par devant qui la « proposition d'assurance » a été signée par celle-ci. Cette connaissance était imputable à l'appelante, conformément aux principes qui précèdent. Il ne se justifie en effet aucunement de faire une exception à ceux-ci au motif que le représentant récoltant des informations est celui d'une assurance et serait prétendument négociateur sans pouvoir de conclure. Dans le cas contraire, comme le relève la doctrine citée, cela reviendrait à permettre à l'assurance de se dédouaner de toute connaissance de la situation de l'assuré en invoquant n'avoir envoyé auprès de celui-ci des agents qui n'auraient selon elle que le pouvoir de négocier mais non de conclure directement des contrats, alors que l'assuré, qui discute avec l'agent d'assurance – en l'occurrence l'intimée – n'est pas au clair sur ce point. Par surabondance, la Cour relève qu'elle ignore tout des pouvoirs de l'agent en question, dit agent mentionnant toutefois que le frère de l'intimée était assuré « chez moi » et parlant de « mon client », ce qui laisse à penser qu'il s'agit d'un agent stipulateur et non uniquement négociateur. En tout état de cause, l'appelante ne saurait tirer ici avantage de ce flou, dès lors que la plupart des pièces signées en son nom ne porte pas le nom d'une personne physique. L'appelante ne saurait en effet profiter d'un système opaque qu'elle a elle-même mis en place. Elle doit ainsi se laisser imputer la connaissance des faits qu'ont ses agents qu'elle envoie négocier pour elle, en son nom, auprès de ses futurs assurés et avec lesquels elle n'a sinon aucun lien. Au demeurant, il ressort du témoignage de son agent que l'appelante assurait tant le fils de l'intimée que le véhicule avec lequel l'accident est survenu, par ailleurs au nom de l'intimée. Elle ne peut décemment soutenir avoir ignoré que l'intimée avait perdu son fils dans des conditions tragiques, quelques mois avant la proposition d'assurance perte de gain.

On ne saurait dès lors considérer que l'intimée a commis une réticence en ne mentionnant pas le décès de son fils survenu en janvier 2017. Au demeurant, l'assurance ne peut prétendre avoir ignoré ce fait et

par conséquent résilier le contrat au motif que l'intimée ne l'aurait pas déclaré.

L'appelante soutient en outre que l'intimée lui aurait caché, lors de la conclusion du contrat d'assurance le 19 septembre 2017, les suites qu'auraient eues pour elle cette tragédie survenue en 2017. Ici encore, on ne peut la suivre : il est évident que la perte d'un enfant est de nature à fragiliser fortement les parents touchés, à les rendre très tristes, voire angoissés, à les conduire à mal dormir et, partant, à subir un état de fatigue important. Ici encore, l'appelante, au fait du décès du fils de l'intimée au début de l'année 2017, ne peut prétendre avoir ignoré que l'intimée était naturellement fragilisée vers la fin de l'année en question lors de la conclusion du contrat. Face à la question 9, volontairement large et imprécise malgré la jurisprudence rendue plus de quatre ans auparavant, l'intimée, en deuil, n'avait pas de ce seul fait à admettre souffrir ou avoir souffert de l'une des atteintes à la santé décrite. Cela est d'autant plus vrai qu'aucune de ces atteintes ne lui avait été diagnostiquée et ce malgré qu'elle ait consulté un psychothérapeute durant l'année 2017, fait confirmé durant l'instruction. Or on voit mal qu'on reproche à l'intimée de n'avoir pas déclaré une atteinte à la santé que même les spécialistes qui l'ont examinée à deux reprises n'ont pas identifiée.

Le fait prétendu que l'intimée ait - éventuellement - moins travaillé durant l'année 2017 pour se donner le temps de faire son deuil, alors qu'elle est indépendante et peut donc décider de son temps de travail, outre qu'il est irrecevable et non établi (cf. *supra* consid. 3.3), n'est pour le surplus pas la preuve d'une incapacité de travail ou d'une atteinte médicale à sa santé que l'intimée aurait cachée. Dans ces circonstances, on ne peut reprocher à l'intimée de n'avoir pas déclaré l'une des atteintes à la santé mentionnées au chiffre 9 du questionnaire de santé, ou compris qu'elle aurait dû consulter un médecin afin de savoir si, éventuellement, sa tristesse et son désarroi ne dépassaient pas la moyenne ressentie dans ces cas-là et devaient être qualifiés médicalement.

Dans ces circonstances, il convient de confirmer l'appréciation de l'autorité précédente en retenant que l'intimée n'a pas commis de réticence en répondant négativement à la question 9 du questionnaire. On notera en outre que l'intimée, qui selon l'appelante allait très mal en 2017 et qui n'a suivi aucun traitement, était apte à travailler en 2018 et a par ailleurs travaillé jusqu'à sa chute d'une échelle. Ce fait parle également contre une atteinte à sa santé présente en 2017 qui aurait en outre conduit à une incapacité de travail avant la conclusion du contrat.

Au demeurant, l'appelante savait ou devait savoir lors de l'établissement de la police d'assurance que la preneuse d'assurance avait perdu son jeune fils dans un accident de voiture quelques mois plutôt. Cela était propre à abattre plus d'une personne et à causer une incapacité de gain. Elle ne saurait donc prétendre avoir ignoré ce fait. En tant qu'assurance - et donc la spécialiste en la matière, elle pouvait d'autant moins ignorer les risques psychologiques qui peuvent résulter pour une personne d'un tel drame. Elle ne saurait dès lors reprocher à l'intimée de n'avoir pas prévu un tel risque, alors qu'elle-même, du fait de sa connaissance en la matière, pouvait anticiper. Aurait-il réticence de la part de l'intimée, dans son incapacité à prévoir une future atteinte, qu'ici encore l'appelante ne pourrait s'en prévaloir. Pour ce motif encore, l'appel devrait être rejeté.

## **5.**

**5.1** En définitive, l'appel doit être rejeté et le jugement confirmé.

**5.2** L'arrêt sera rendu sans frais judiciaires de deuxième instance, s'agissant d'un litige portant sur une assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale (art. 114 let. e CPC). L'avance de frais de 1'327 fr. versée par l'appelante lui sera par conséquent restituée.

L'appelante, qui succombe (art. 106 al. 1 CPC), versera à l'intimée de pleins dépens de deuxième instance, par 2'000 fr. (art. 7 TDC [tarif des dépens en matière civile du 23 novembre 2010 ; BLV 270.11.6]).

Par ces motifs,  
la Cour d'appel civile  
p r o n o n c e :

- I.** L'appel est rejeté.
- II.** Le jugement est confirmé.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires de deuxième instance.
- IV.** E. \_\_\_\_\_ SA versera à l'intimée C. \_\_\_\_\_ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens de deuxième instance.
- V.** L'arrêt est exécutoire.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Didier Elsig (pour E. \_\_\_\_\_ SA),
- Me Denis Weber (pour C. \_\_\_\_\_),

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

- M. le Président du Tribunal civil de l'arrondissement de La Broye et du Nord vaudois.

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 :