

TRIBUNAL CANTONAL

AMC 21/10 - 2/2013

ZN10.035757

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Jugement du 24 mai 2013

Présidence de M. MÉTRAL
Juges : M. Merz et Mme Dessaux
Greffier : M. Germond

* * * * *

Cause pendante entre :

Z._____, à Préverenges, demanderesse, représentée par Me Philippe Nordmann,
avocat à Lausanne,

et

A._____ **SA**, à Pully, défenderesse.

Art. 12 al. 3 LAMal; 106 ss LPA-VD

En fait :

A. a) L'association H.____ et la fondation T.____, Caisse-maladie (auparavant: T.____, Caisse-maladie et accidents), ont conclu un «contrat d'assurance collective» (contrat n° [...]) prenant effet au 1^{er} janvier 1999. Le cercle des bénéficiaires comprenait, notamment, le personnel du CHUV, avec comme référence l'indication suivante «N° [...]». Le contrat comprend une section intitulée «Domaine LAMal», une section intitulée «Domaine LCA» et une section intitulée «Domaine LAMal/LCA».

La deuxième section (Domaine LCA) renvoie, sous «I. Généralités», à la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (LCA, RS 221.229.1) et aux «conditions générales (CGA) et spéciales des assurances complémentaires annexées tant qu'il n'y est pas dérogé ci-après». Sous «II. Conditions d'affiliation et risques assurés», elle prévoit notamment ce qui suit:

"Enregistrement: Sur la base d'une demande d'admission complétée et signée par le candidat.

Adhésion en cours de mois: [...]

Acceptation: En fonction de l'état de santé, la demande est acceptée, fait l'objet de réserves ou est refusée.

Réserves: Les réserves formulées ainsi que leur durée sont communiquées par écrit au candidat."

Des clauses particulières pour différents types d'assurances sont fixées ensuite, notamment pour l'assurance complémentaire d'incapacité de travail « [...]». Ces clauses particulières déterminent des conditions d'affiliation comme suit:

"Limite d'âge: 65 ans.

Enregistrement: Sur la base d'une demande d'admission complétée et signée par le candidat.

Acceptation: En fonction de l'état de santé la demande est acceptée, fait l'objet de réserves ou est refusée.

Réserves: Les réserves formulées ainsi que leur durée sont communiquées par écrit au candidat."

Elles déterminent les prestations assurées comme suit:

"Indemnités journalières en franc fixe

Payables dès le: 31^{ème}, 61^{ème}, 91^{ème}, 121^{ème}, 151^{ème}, 181^{ème} ou 361^{ème} jours d'incapacité de travail.

Durée des prestations: 720 jours

Salaire mensuel assurable Fr. 6'000.- (annuel = x 13)"

Les primes sont fixées, par franc assuré, à un tarif variant de 0,07 fr. à 0,55 fr., selon les variantes choisies par l'assuré (variante K ou M, ou encore selon la durée du délai de carence précédant le paiement de l'indemnité journalière).

La troisième section du contrat (Domaine LAMal/LCA) prévoit que le paiement des primes s'effectue par «l'assuré» sur un compte postal de «la Caisse». Sous point «VIII. Durée» le contrat indique:

"Domaine LCA: Le présent contrat est conclu pour une durée de trois ans (Art. 7 al. 2 CGA).

A l'échéance, il se renouvelle tacitement d'année en année, à moins de dénonciation préalable donnée par lettre recommandée six mois avant son échéance (Art. 9 al. 1 CGA).

La modification, avant l'échéance, du tarif des primes et des conditions contractuelles en général reste réservée. L'Art. 14 des CGA fixe dès lors les modalités de la résiliation anticipée."

b) aa) Les «Conditions générales (CGA) des assurances complémentaires de l'assurance maladie et accidents» de T._____ Caisse-maladie, dans leur édition 1999, prévoient notamment, à l'art. 3, les définitions suivantes:

"a) preneur d'assurance: la personne qui conclut le contrat et qui assume notamment le paiement des primes

b) assuré : la personne qui bénéficie de la couverture d'assurance, en qualité de preneur d'assurance ou non

[...]"

L'art. 20 expose, sous le titre «Prestations d'autres assureurs ou de tiers»:

"1. [...]

2. Lorsque des prestations sont dues en vertu de l'assurance obligatoire des soins (LAMal), de l'assurance accidents (LAA), de l'assurance militaire (LAM), de l'assurance-invalidité fédérale (LAI), de l'assurance vieillesse et survivants (LAVS), ou de la prévoyance professionnelle (LPP), la caisse n'intervient qu'à titre complémentaire.

[...]"

bb) Les «Conditions spéciales de l'assurance complémentaire [...] pour incapacité de travail, classes A et K: maladie et accidents — classes B et M: maladie seule» de T._____ Caisse-maladie, édition 1999, prévoient que les prestations assurées sont versées, pour une ou plusieurs maladies, pendant 720 jours au maximum (art. 6 al. 1). Elles prévoient également à l'art. 11, sous le titre «Surindemnisation»:

"Si l'assuré a également droit à des prestations d'un assureur social cité à l'art. 20 al. 2 CGA, la caisse complète ces prestations jusqu'à concurrence de la perte de gain effective. La caisse paie

au maximum l'indemnité journalière convenue."

B. a) T._____ Assurances SA est une société anonyme inscrite au registre du commerce depuis le 21 mai 2001. Elle a notamment repris de T._____ Caisse-maladie l'ensemble du portefeuille soumis à la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (LCA, RS 221.229.1).

b) L'art. 3, let. a et b, des «Conditions générales (CGA) des assurances complémentaires de l'assurance maladie et accidents», édition 01.2001, de T._____ Assurances SA a la même teneur que l'art. 3 des CGA de T._____ Caisse-maladie, dans leur édition 1999. L'art. 20 expose, sous le titre «Prestations d'autres assureurs ou de tiers»:

"1. [...]

2. Lorsque des prestations sont dues en vertu de l'assurance obligatoire des soins (LAMal), de l'assurance accident (LAA), de l'assurance militaire (LAM), de l'assurance invalidité fédérale (LAI), de assurance vieillesse et survivants (LAVS), ou de la prévoyance professionnelle (LPP), T._____ Assurances SA n'intervient qu'à titre complémentaire."

c) Le 11 novembre 2002, l'Association H._____ a signé une proposition d'assurance auprès de T._____ Assurances SA. Selon cette proposition, l'entrée en vigueur du contrat est prévue dès le 1^{er} janvier 2003. «Le personnel» y est désigné comme bénéficiaire et diverses variantes sont possibles pour l'assurance perte de gain en franc fixe, avec notamment un délai d'attente pouvant aller de 30 à 360 jours. Toutes les variantes prévoient les clauses suivantes:

"[...]

Durée des prestations	720 jour(s)
Sous déduction délai d'attente	oui"

Pour l'ensemble des variantes envisagées, l'affiliation a lieu sur «proposition d'assurance individuelle». La proposition d'assurance renvoie pour le surplus aux «conditions générales (CGA) et spéciales (CSA)» qui ont été remises au proposant.

d) En juillet 2005, T._____ a édicté de nouvelles «Conditions générales de l'assurance maladie complémentaire selon la LCA, Catégorie " [...]" Assurance complémentaire pour l'indemnité journalière». L'art. 13 de ces conditions générales prévoit, sous le titre «Annonce et obligations en cas de sinistre»:

"[...]

g) Si l'assuré a également droit à des prestations d'assurances sociales, fédérales, d'entreprises ou d'un tiers responsable, T._____ complète ces prestations jusqu'à concurrence du montant de l'indemnité journalière assurée. Ces dispositions sont aussi applicables à des institutions d'assurance correspondantes ayant leur siège à l'étranger."

e) Le 1^{er} juillet 2005, T._____ Assurances SA a communiqué à l'association H._____ ces nouvelles conditions générales, ainsi qu'une nouvelle police d'assurance collective, «sous la forme d'un avenant». T._____ Assurances SA exposait que la police et les conditions générales mentionnées

avaient été adaptées à la suite de l'introduction d'une allocation fédérale de maternité, désormais prévue par la loi fédérale du 25 septembre 1952 sur les allocations pour perte de gain en cas de service et de maternité (LAPG, RS 834.1). Pour certains assurés, cette modification entraînait une diminution de la prime. Les personnes concernées par une telle diminution recevraient également «une nouvelle police d'assurance individuelle» courant juillet. Enfin, T._____ Assurances SA informait l'association H._____ du fait qu'à la suite de la mise en place d'un nouveau système informatique, le numéro de police d'assurance était désormais le [...] au lieu du [...].

C. a) Z._____, née le 4 février 1948, est entrée au service du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après: CHUV) le 1^{er} novembre 2000. Le 7 décembre 2001, elle a rempli et signé un document intitulé «proposition d'assurance», concernant son admission à l'assurance d'indemnités journalières pour perte de gain [...] («classes AB/KM») auprès de T._____ Assurances SA (ci-après: T._____). La proposition indiquait comme référence un «No d'assurance» ([...]) et un «No de la collectivité» ([...]). Elle prévoyait le versement, par T._____, d'une indemnité journalière de 198 fr. en cas d'incapacité de travail, dès le 61^{ème} jour d'incapacité. La proposition consistait en un formulaire préimprimé à remplir, dont plusieurs rubriques n'ont pas été complétées, notamment celles relatives à la date d'entrée en vigueur souhaitée pour la couverture d'assurance, au point de savoir si la couverture des accidents était incluse ou non, de même que la rubrique «CGA édition: [...]». La dernière page de la proposition était une «déclaration de santé» par laquelle Z._____ a répondu à diverses questions relatives à son état de santé. Immédiatement avant la signature et l'emplacement réservé à l'indication des lieu et date de signature, figurait, sous chiffre 4, une déclaration rédigée comme suit:

"4. Déclaration du/des soussigné(s)

Je certifie par ma signature avoir répondu de façon exacte et exhaustive au présent questionnaire et prends note que l'assureur est en droit de se départir du contrat s'il s'avère qu'un fait important a été omis ou inexactement déclaré. Je délève les fournisseurs de soins ainsi que les hôpitaux ou autres assureurs du secret professionnel et autorise l'assureur à traiter les données nécessaires conformément à la loi fédérale sur la protection des données. En outre, je reconnais être lié(e) pendant les 14 jours (respectivement 4 semaines si un examen médical est nécessaire) qui suivent la remise de ma proposition d'assurance. Enfin, je confirme avoir reçu un exemplaire des Conditions générales/spéciales d'assurance lesquelles font partie intégrante du contrat d'assurance."

b) Dès le mois de janvier 2002, Z._____ a présenté une incapacité de travail, qui a duré plusieurs mois; T._____ Assurances SA a alloué une indemnité journalière de 198 fr. dès le 61^{ème} jour d'incapacité de travail. Z._____ a également été indemnisée par la Caisse de pensions de l'Etat de Vaud (ci-après: CPEV), qui lui a alloué une «pension d'invalidité temporaire totale» fondée sur l'art. 52 de la loi sur la Caisse de pensions de l'Etat de Vaud, du 18 juin 1984 (LCP, RSV 172.43). Le montant de la pension était de 4'803 fr. 50. par mois au total, jusqu'au 31 janvier 2003, puis de 4'825 fr. 30 par mois jusqu'au 31 mars 2003 au moins. Z._____ en a informé T._____ le 20 avril 2003 au plus tard.

Le 19 septembre 2003, T._____ Assurances SA a écrit à l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud (ci-après: OAI), auquel Z._____ avait adressé une demande de prestations. T._____ Assurances SA informait l'OAI du fait qu'elle avait alloué des indemnités journalières à l'assurée. Dans l'hypothèse où le cumul de ces indemnités avec des rentes ou indemnités journalières de

l'assurance-invalidité conduirait à une surindemnisation, l'art. 11 de ses «conditions spéciales de l'assurance complémentaire [...] pour incapacité de travail», de même que l'art. 20 al. 2 de ses «conditions générales des assurances complémentaires» prévoyait que la caisse-maladie complétait les prestations jusqu'à concurrence de la perte de gain effective. T._____ Assurances SA a remis à l'OAI un décompte de ses prestations en lui demandant, au cas où il allouerait des prestations supplémentaires, de bien vouloir lui communiquer sa décision afin qu'elle puisse se déterminer quant à la somme lui revenant.

T._____ Assurances SA a adressé à Z._____ une copie de cette lettre, pour information.

Z._____ a par la suite recouvré sa capacité de travail et T._____ Assurances SA, comme la CPEV, ont mis fin à leurs prestations.

c) Le 7 juin 2004, T._____ Assurances SA a communiqué à Z._____ un décompte de surindemnisation pour la période du 1^{er} novembre 2002 au 30 juin 2003, «conformément à l'art. 11 de ses «conditions spéciales de l'assurance complémentaire [...] pour incapacité de travail». Selon ce décompte, les indemnités journalières versées par T._____ Assurances SA étaient de 35'227 fr. 60 pour la période du 1^{er} novembre 2002 au 30 juin 2003. Les prestations de la CPEV étaient de 31'250 fr. 40 et celles de l'assurance-invalidité (rente rétroactive) étaient de 16'858 fr. pour la même période. Le salaire de Z._____ aurait été de 76'317 fr. 80; toujours pour la même période, de sorte que les prestations cumulées des assurances mentionnées (83'336 fr.) conduisaient à une surindemnisation de 7'018 fr. 20. Afin de récupérer ce montant, T._____ Assurances SA demandait à Z._____ de signer un formulaire de demande de compensation avec des paiements rétroactifs de l'assurance-invalidité. La lettre de T._____ Assurances SA à Z._____ indiquait en référence «Assurance no [...]».

On ignore si Z._____ a signé le document demandé et si T._____ Assurances SA a pu compenser la créance de 7'018 fr. 20 qu'elle faisait valoir avec un arriéré de prestations de l'assurance-invalidité.

d) Le 14 juillet 2004, Z._____ a écrit ce qui suit à T._____ Assurances SA:

"Réf [...]
Preneur d'assurance CHUV
Collectivité n° [...]
Collaborateur n° [...]"

Chère Madame,

Comme convenu lors de notre récente conversation téléphonique, je vous confirme par écrit ce qui suit. Je précise que j'ai déjà signalé à plusieurs reprises depuis début 2003 que les primes et les valeurs assurées n'étaient pas conformes avec la nouvelle loi sur le personnel, entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2003.

En effet, selon la Lpers, Art 58 b), «le salaire est payé en entier pendant 12 mois et au quatre cinquième pendant les trois mois suivants.»

Ce n'est donc qu'à partir du 361^e jour que je dois être assurée pour un montant au-delà des 4/5 du salaire pour les 90 jours suivants et la totalité après.

Il est bien entendu, qu'il faut tenir compte également de la prise en charge de la CPEV.

Or, je paie 269,30 par mois!!
capital 198 fr/jour
différé 61 jours

Comme déjà mentionné, je suis sur-assurée et paie beaucoup trop.

[...]

Je vous remercie de voir avec votre direction pour corriger mon contrat et ce à effet rétroactif

[...]"

e) Le 8 novembre 2004, T._____ Assurances SA a établi, pour Z._____, une police d'assurance n° [...] pour l'assurance d'une indemnité journalière pour incapacité de travail [...]. La police, qui indique en en-tête le numéro d'agence [...], renvoie aux conditions générales d'assurance dans leur version en vigueur depuis 1999 et prévoit l'allocation d'une indemnité journalière de 198 fr. dès le 361^{ème} jour d'incapacité de travail. Le début du contrat est fixé au 1^{er} janvier 2005. Il est indiqué, au pied de la police:

"La présente police définit les droits et obligations de l'assuré au regard des statuts et conditions d'assurance qui l'accompagnent. Si la teneur ne correspond pas aux accords passés, l'assuré peut demander rectification dans les 4 semaines."

Z._____ soutient n'avoir jamais reçu cette police.

D. Z._____ a présenté une nouvelle période d'incapacité de travail dès le 20 mai 2008. Elle travaillait à l'époque à un taux de 90 % pour un salaire annuel de 122'445 francs. Le 12 mars 2009, se référant notamment à la police d'assurance n° [...], T._____ Assurances SA a informé l'assurée du fait qu'elle allouerait des indemnités journalières dès l'échéance du délai d'attente de 360 jours. L'incapacité de travail a perduré à 100 % jusqu'au 31 mars 2009, puis à 80 % jusqu'au 31 mai 2009 et à 60 % dès le 1^{er} juin 2009. T._____ Assurances SA a alloué des indemnités journalières dès le 361^{ème} jour d'incapacité de travail, en adaptant le montant de l'indemnité au taux d'incapacité de travail.

Le 7 octobre 2009, se référant à l'art. 52 LCP, la CPEV a alloué à Z._____ une «pension d'invalidité temporaire partielle de 60 %», pour la période du 18 août 2009 au 31 janvier 2010. Le 4 mars 2010, la CPEV a prolongé l'octroi de la rente partielle pour la période du 1^{er} février au 30 juin 2010.

Entre temps, l'assurée a communiqué à T._____ Assurances SA, par courrier électronique du 22 février 2010, une lettre du 28 janvier 2010 dans laquelle la CPEV précise lui allouer une rente mensuelle de 2'290 fr. 75 dès le 1^{er} janvier 2010.

Le 1^{er} mars 2010, T._____ Assurances SA a accusé réception de la lettre du 28 janvier 2010 de la CPEV, en précisant toutefois que selon ses informations, la rente avait été allouée en août 2009 déjà. T._____ Assurances SA attirait l'attention de l'assurée sur l'art. 13 let. g de ses «conditions générales de l'assurance-maladie complémentaire selon la LCA, catégorie [...]», ainsi que sur l'art. 20 ch. 2 de ses «conditions générales des assurances complémentaires de l'assurance maladie et accidents». Elle en concluait qu'elle aurait dû tenir compte des prestations de la CPEV pour le calcul des indemnités

journalières dès le mois d'août 2009 et indiquait qu'elle établirait prochainement un nouveau décompte pour la période du 1^{er} août 2009 au 31 janvier 2010.

Par lettre du 17 mars 2010, Z. _____ a demandé à T. _____ Assurances SA de lui fournir des explications supplémentaires sur les motifs d'une éventuelle réduction de prestations, et de lui confirmer qu'elle était toujours au bénéfice d'une couverture d'assurance pour une indemnité journalière de 198 francs.

Le 29 mars 2010, T. _____ Assurances SA a écrit à Z. _____ que les prestations allouées par un assureur social étaient déductibles du montant de l'indemnité journalière. Elle se référait à l'art. 20 ch. 2 et à l'art. 13 let, g des «CGA» et des «conditions générales complémentaires LCA catégorie ' [...] »», qu'elle joignait à son envoi. Pour la période du 1^{er} février au 23 février 2010, les indemnités journalières dues pour une incapacité de travail de 60 % étaient de 2'732 fr. 40, dont il convenait de déduire 1'731 fr. 90 correspondant aux prestations de la CPEV (75 fr. 30 par jour). Il en résultait un solde de 1'000 fr. 50 à la charge de T. _____, qui avait été versé à l'assurée.

Le 1^{er} juin 2010, Me Nordmann a annoncé à T. _____ qu'il était consulté par Z. _____ et a demandé un exemplaire de la police d'assurance et des conditions générales applicables. Le 15 juillet 2010, T. _____ Assurances SA lui a remis une copie de la proposition d'assurance du 7 décembre 2001 ainsi qu'une copie d'une attestation d'assurance du 9 juin 2010. Cette attestation se réfère à la police d'assurance n° [...] et indique:

"[...]"

Début du contrat:	01.01 .2005
Expiration du contrat:	31.12.2010
Echéance principale des primes:	1 ^{er} janvier
Mode de paiement:	semestriel
Edition des CGA:	1999

[...] (valable dès le 01.01.09) 198.-- [...]
Assurance d'une indemnité dès le 361^{ème} jour
journalière pour incapacité de
travail, durée des prestations
730 jours au maximum.
CGA 07.2005
[...]"

Le 11 août 2010, Me Nordmann a demandé à T. _____ Assurances SA de lui remettre un exemplaire des conditions générales applicables en 2001. Dans une lettre du 25 août suivant à T. _____ Assurances SA, il a observé qu'elle ne lui avait remis aucune police d'assurance, mais uniquement une proposition d'assurance. Il a réitéré sa demande tendant à la remise d'un exemplaire du contrat. Pour le surplus, il a constaté que les conditions générales 1999 étaient applicables, et non les conditions générales dès 2001; il a donc demandé qu'un exemplaire des conditions générales 1999 pour la catégorie [...] lui soit remis.

Le 2 septembre 2010, T. _____ Assurances SA a remis à Me Nordmann les «conditions

générales [CGA] des assurances complémentaires, Edition 2001» et les «conditions spéciales de l'assurance complémentaire [...], Edition 1999», en précisant que ces dernières étaient applicables à tous les contrats signés entre le 1^{er} janvier 1999 et le 30 juin 2005.

Le 30 septembre 2010, Me Nordmann a écrit à T._____ Assurances SA que sa cliente l'assurait n'avoir jamais reçu de conditions générales, «qu'il s'agisse de CGA générales ou de CGA [...]». Partant, seule la proposition d'assurance «valant police» faisait foi. Dès lors qu'elle était libellée comme une pure assurance de somme, sans imputation de prestations de tiers ou d'autres assurances, il demandait que T._____ lui alloue une indemnité journalière de 198 fr. par jour.

Le 28 octobre 2010, T._____ Assurances SA a remis à Me Nordmann une copie de la police d'assurance du 8 novembre 2004, qu'elle soutenait avoir adressée à l'assurée.

E. a) Par acte du 1^{er} novembre 2010, Me Nordmann, agissant au nom et pour le compte de Z._____, a ouvert une action tendant à la condamnation de T._____ Assurances SA au paiement d'une indemnité de 198 fr. dès le 1^{er} février 2010 et «jusqu'à épuisement dudit droit, au prorata du degré d'incapacité de gain», sous suite de dépens. Il conteste qu'une police d'assurance ou des conditions générales d'assurance aient été remises à Z._____ jusqu'à la survenance de l'incapacité de travail et soutient que les conditions générales ne sont «pas spécifiquement mentionnées dans la proposition d'assurance». Partant, aucune condition générale n'a été valablement intégrée au contrat et les clauses d'imputation des prestations d'assurances sociales, invoquées par T._____ Assurances SA, ne sont pas opposables à l'assurée. Me Nordmann demande également qu'en application de l'art. 18 CO (loi fédérale du 30 mars 1911 complétant le code civil suisse, RS 220), le contrat soit interprété en défaveur de T._____ Assurances SA, qui l'a préformulé. Enfin, il invoque l'art. 8 LCD (loi fédérale contre la concurrence déloyale du 19 décembre 1986, RS 241) relatif à l'utilisation de conditions générales abusives.

T._____ Assurances SA a répondu le 14 décembre 2010 en concluant au rejet de la demande. Se référant au chiffre 4 de la dernière page de la proposition d'assurance, elle soutient que l'assurée a expressément confirmé avoir reçu un exemplaire des conditions générales et spéciales d'assurances, qui faisaient partie intégrante du contrat. Se référant à l'art. 13 let. g des conditions générales pour l'assurance complémentaire [...], édition 2005, elle soutient que les prestations de la CPEV doivent être imputées sur les indemnités journalières exigées par la demanderesse. Elle ajoute qu'il en irait de même si l'on appliquait les conditions générales valables dès 1999. La défenderesse s'est également référée à la police d'assurance établie le 8 novembre 2004.

Le 21 mars 2011, Me Nordmann a répliqué en contestant formellement que Z._____ ait reçu la police datée de 2004, à laquelle se réfère la défenderesse et qui, d'après lui, «semble avoir été faite pour les besoins de la cause». Il répète que les conditions générales auxquelles se réfère la défenderesse n'ont pas été valablement intégrées au contrat. A titre subsidiaire, il déclare qu'il «plaide l'erreur au sens des art. 23 et ss CO et 8 LCD». Il précise que T._____ Assurances SA n'avait pas réduit ses prestations lors de la période d'incapacité de travail survenue en 2002 et 2003, malgré la

pension temporaire d'invalidité allouée à l'époque par la CPEV. Il convient d'en conclure, toujours selon Me Nordmann, que les parties étaient d'accord sur l'absence d'imputation des prestations d'autres assurances; cette interprétation doit donc pouvoir être opposée, aujourd'hui, à la défenderesse.

La défenderesse a déposé sa duplique le 12 avril 2011 et a maintenu sa conclusion tendant au rejet de la demande. Elle a contesté, notamment, toute remise en cause du contrat en raison d'un vice du consentement.

Le tribunal a communiqué la duplique à la demanderesse, pour information.

b) Le Tribunal a tenu une audience d'instruction le 10 juillet 2012. Il a entendu Z._____, qui a exposé travailler pour le CHUV à un taux de 36 % jusqu'à la fin de l'année. Elle était au bénéfice d'une rente de l'assurance-invalidité correspondant un taux d'invalidité de 60% depuis le 1^{er} juin 2009. Z._____ a confirmé n'avoir pas reçu de conditions générales ni de police d'assurance à l'époque de la conclusion du contrat. Le montant de l'indemnité journalière avait été fixé à 198 fr. pour éviter toute perte de gain en cas de maladie, d'après les calculs effectués par M. D._____. Ce dernier s'était présenté à l'époque comme un employé de l'assurance.

Lors de l'audience, la partie demanderesse a produit une décision du 16 juillet 2010 de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud, lui reconnaissant le droit à trois quarts de rente ordinaire simple, d'un montant de 986 fr., dès le 1^{er} juin 2010. Il ressort de cette décision que l'OAI a fixé à 122'445 fr. par an le revenu hypothétique sans invalidité de l'assurée. La demanderesse a également produit deux attestations d'assurance, établies par T._____ Assurances SA les 17 décembre 2003 et 15 octobre 2004. Toutes deux mentionnent comme preneur d'assurance le CHUV et se réfèrent à la «collectivité no [...]» ou à la «collectivité no [...]». L'attestation du 17 décembre 2003 mentionne en outre au numéro de collaborateur no [...], que sont assurées les prestations en classe K, Couverture [...], Assurance d'une indemnité journalière pour incapacité de travail, pour un montant assuré de 198 fr., «différé» de 61 jours, et fixe la prime mensuelle à 269 fr. 30. Elle indique encore «Edition CGA 01.1999 CCA 01.1999». L'attestation du 15 octobre 2004 ne mentionne aucune condition générale d'assurance, prévoit le paiement d'une indemnité journalière de 198 fr., «différé» de 361 jours, et fixe la prime mensuelle à 71 fr. 30.

Interpellée par le tribunal, la partie défenderesse a déclaré ne pas s'opposer à ce que la perte de gain effective de la demanderesse, si elle était finalement jugée déterminante, soit fixée d'après le revenu hypothétique sans invalidité constaté par l'OAI dans la décision produite en audience.

Les parties ont renoncé à une audience de jugement. Un délai au 30 septembre 2012 leur a été imparti pour déposer un mémoire de droit.

c) Me Nordmann, pour la demanderesse, a déposé un mémoire de droit le 25 septembre 2012, au terme duquel il a précisé ses conclusions en ce sens que la défenderesse soit condamnée à verser à Z._____ un montant de 129'800 fr., avec intérêt «dès le jour de la demande, subsidiairement dès une échéance moyenne à calculer par le Tribunal».

Pour sa part, la défenderesse a déposé un mémoire le 28 septembre 2012, dans lequel elle a présenté de nouveaux allégués de fait et produit de nouveaux moyens de preuve. Ceux-ci portent notamment sur la conclusion d'un contrat d'assurance collectif avec l'association H. _____ ainsi que sur la demande de compensation de prestations allouées en 2002 et 2003 avec un arriéré de rentes de l'assurance-invalidité, pour cause de surindemnisation. Elle a maintenu ses conclusions tendant au rejet de la demande.

d) Le 14 novembre 2012, l'autorité fédérale de surveillance des marchés financiers (FINMA) a prononcé la faillite de T. _____ Assurances SA et a ordonné le transfert de l'ensemble de son portefeuille d'assurance selon la LCA à A. _____ SA.

Par acte du 21 janvier 2013, A. _____ SA a déclaré accepter de se substituer à T. _____ Assurances SA dans la présente procédure. La demanderesse avait précédemment déclaré ne pas s'y opposer (lettre du 10 décembre 2012 au tribunal).

e) A la suite de cette substitution de partie, un délai a été fixé à Me Nordmann pour se déterminer sur le mémoire du 25 septembre 2012 de la défenderesse, dans la mesure où celle-ci avait allégué des faits nouveaux et produit de nouveaux moyens de preuve. Me Nordmann s'est déterminé le 28 janvier 2013 et a produit trois nouvelles attestations d'assurance, des 22 novembre 2002, 20 novembre 2003 et 14 octobre 2004. La première est comparable à l'attestation du 17 décembre 2003 produite en audience du 10 juillet 2012, mais se réfère en tout et pour tout, en ce qui concerne les conditions générales applicables, à «CGA 01.1999». La deuxième correspond en tous points à l'attestation du 17 décembre 2003 alors que la troisième correspond à celle du 15 octobre 2004 en ce qui concerne l'absence de renvoi à des conditions générales, le montant de l'indemnité journalière et le paiement différé de 361 jours, ainsi que le montant de la prime fixé à 71fr. 30.

f) Le 5 mars 2013, le tribunal a requis d'A. _____ SA la production d'un exemplaire complet du contrat d'assurance collective conclu avec l'association H. _____, dont T. _____ Assurances SA n'avait produit que la première page. A. _____ SA a produit le document requis, que le tribunal a communiqué pour information à Me Nordmann le 4 avril 2013.

g) Le tribunal a tenu une audience de jugement le 24 mai 2013. Lors de l'audience, la partie demanderesse a modifié ses conclusions en y ajoutant 24 jours, du 4 février au 28 février 2013 (date effective de sa retraite) à 118 fr. par jour (2'832 fr.), portant le montant total demandé à 132'632 francs. Son conseil a par ailleurs déposé une liste des opérations qui a été versée au dossier.

En droit :

1. **a)** Conformément à l'art. 1 DTAs-AM (Décret du 20 mai 1996 relatif à l'attribution au Tribunal cantonal des assurances de la compétence du contentieux des assurances complémentaires à l'assurance-maladie, RSV 173.431), en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010, le présent litige relève de la compétence dudit tribunal, respectivement de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui

lui a succédé à compter du 1^{er} janvier 2009 (cf. JT 2009 III 106).

b) Le 16 décembre 2009, le Grand Conseil a adopté le Décret abrogeant celui du 20 mai 1996 relatif à l'attribution au Tribunal cantonal des assurances de la compétence du contentieux des assurances complémentaires à l'assurance-maladie. Ce nouveau décret, qui a pour seul objet d'abroger le décret de 1996, est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2011. Ainsi, depuis le 1^{er} janvier 2011 dans le canton de Vaud, les contestations de droit privé qui s'élèvent entre les entreprises d'assurance et les assurés, y compris dans le contentieux des assurances complémentaires à l'assurance-maladie obligatoire, sont dans la compétence du juge ordinaire et la législation de procédure civile s'applique.

Néanmoins, les anciennes règles de compétence et de procédure s'appliquent lorsque la demande a été introduite avant le 1^{er} janvier 2011 (cf. art. 404 CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272]). Tel est le cas en l'espèce. Il appartient donc à la Cour de céans de statuer.

c) Quant bien même il s'agit d'une cause civile, les règles de procédure prévues pour l'action de droit administratif (cf. JT 2009 II 43), au sens des art. 106 ss LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), sont applicables. La procédure doit respecter les exigences posées par l'ancien art. 85 al. 2 de la loi fédérale sur la surveillance des entreprises d'assurance du 17 décembre 2004 (LSA, RS 961.01). Elle doit donc être simple et rapide, et le juge doit établir les faits d'office et apprécier librement les preuves. L'art. 85 al. 2 LSA a été abrogé lors de l'entrée en vigueur du CPC, mais reste applicable en l'espèce compte tenu des règles de droit transitoire exposées ci-avant (consid. 1b; pour les règles actuellement en vigueur, cf. notamment les art. 243 al. 2 let. f et 247 al. 2 CPC).

2. Le litige porte sur le montant et la durée des indemnités journalières dues par la défenderesse pour la période courant dès le 1^{er} février 2010. Il s'agit plus particulièrement de déterminer si une durée maximale d'indemnisation de 720 jours est applicable et si la défenderesse est en droit de déduire du montant de l'indemnité journalière les prestations versées par la CPEV. Pour répondre à ces questions, il est nécessaire de préciser préalablement sur quelles bases contractuelles reposent les rapports entre les parties.

3. Il ressort du contrat, produit le 19 mars 2013 par la défenderesse que l'association H. _____ et T. _____ Caisse-maladie étaient liées par un contrat, qui ouvrait la possibilité, pour le personnel du CHUV, de s'affilier à T. _____ Caisse-maladie pour la couverture de l'assurance obligatoire des soins ainsi que pour une couverture d'assurance complémentaire soumise à la LCA, aux conditions définies par le contrat et les conditions générales auxquelles il renvoie. La possibilité était notamment ouverte pour les membres du personnel du CHUV qui le souhaitaient de s'affilier à une assurance d'indemnité journalière en cas de perte de gain ([...]), étant précisé qu'ils assumaient alors eux-mêmes directement le paiement des primes. Ces dernières étaient fixées au regard des différentes options choisies par le membre du personnel qui avait décidé de s'affilier à l'assurance perte de gain, par exemple en fonction du nombre de jours de délai d'attente ou selon que la couverture d'assurance portait sur l'incapacité de travail en cas de maladie ou en cas de maladie et d'accident.

En reprenant le portefeuille d'assurance privée de T._____ Caisse-maladie, T._____ Assurances SA a repris ce contrat, en tout cas dans la mesure où celui-ci portait sur les assurances complémentaires soumises à la LCA. Par la suite, une ou plusieurs nouvelles conventions, ont été successivement conclues par l'association H._____ et T._____ Assurances SA. Une nouvelle police a notamment été remise à l'association H._____ en juillet 2005. La défenderesse n'a certes produit aucun contrat conclu postérieurement à 1999 avec H._____, mais uniquement la proposition d'assurance signée par cette association le 11 novembre 2002. Il ressort néanmoins de l'ensemble des pièces du dossier, et notamment des attestations d'assurance se référant à une «collectivité no [...]», que la couverture d'assurance dont bénéficiait la demanderesse s'intégrait dans un tel contrat.

Cela étant, malgré leur désignation comme «contrat d'assurance collective», les contrats successifs liant l'association H._____ à T._____ Caisse-maladie, puis à T._____ Assurances SA constituaient plutôt des conventions-cadre destinées à fixer les conditions auxquelles les collaborateurs du CHUV pouvaient s'assurer auprès de T._____ Assurances SA. Le paiement des primes restait directement à la charge du membre du personnel concerné, qui répondait ainsi à la définition d'assuré comme à celle de preneur d'assurance selon l'art. 3 let. a et b des conditions générales (CGA) des assurances complémentaires de l'assurance maladie et accidents, dans leurs éditions 1999 et 2001. Le membre du personnel qui souhaitait adhérer à l'assurance pour perte de gain [...] devait d'ailleurs signer une véritable proposition d'assurance et se voyait remettre, en principe, une police d'assurance individuelle (cf. lettre du 1^{er} juillet 2005 de T._____ Assurances SA à H._____, dans laquelle l'assureur expose que les personnes concernées par une modification des primes recevraient prochainement «une nouvelle police d'assurance individuelle»). On doit en conclure que la défenderesse ne peut pas se prévaloir de la remise de conditions générales d'assurance à H._____ pour opposer ces conditions générales à la demanderesse. Elle ne peut pas davantage se prévaloir de clauses particulières du contrat d'assurance collective conclu avec l'association H._____, en l'absence de tout renvoi explicite à un tel contrat dans les documents remis à la demanderesse, d'une part, et faute d'avoir produit un exemplaire de ce contrat dans sa dernière version. La simple référence à un «no de collectivité», au début de la proposition d'assurance remplie et signée par la demanderesse le 7 décembre 2001, ainsi que dans certaines attestations d'assurance, est insuffisante de ce point de vue. La demanderesse ne devait pas s'attendre, conformément au principe de la confiance, à ce que des clauses particulières d'un contrat d'assurance collective, limitant les obligations de T._____ Assurances SA s'appliquent à ses rapports contractuels avec cette dernière.

4. a) La proposition d'assurance signée par la demanderesse contient en page 3, dans la section consacrée à l'assurance d'indemnités journalières pour perte de gain [...], une rubrique «CGA édition» qui n'a pas été complétée. Toutefois, la notion d'assurance pour perte de gain «classe AB/KM», mentionnée dans la section de la proposition d'assurance consacrée spécifiquement à l'assurance d'indemnités journalières [...] n'a de sens qu'en rapport avec les conditions particulières pour ce type d'assurance. Par ailleurs, la proposante ne pouvait ignorer, au regard des seules rubriques complétées en page 3 de la proposition d'assurance, que le contenu exact du contrat était complété par des conditions générales définissant notamment le risque assuré et la durée pendant laquelle les indemnités journalières convenues seraient allouées. Enfin et surtout, la proposition d'assurance indique en dernière page, sous

chiffre 4 de la déclaration de santé, que la proposante, par sa signature, «confirme avoir reçu un exemplaire des Conditions générales/spéciales d'assurance, lesquelles font partie intégrante du contrat d'assurance». Cette déclaration figure immédiatement avant la signature de la demanderesse, de sorte qu'elle est suffisamment en évidence pour lui être opposable. On doit donc admettre que la demanderesse a bien manifesté sa volonté de conclure une assurance d'indemnités journalières pour perte de gain telle que définie dans la proposition d'assurance et les conditions générales et particulières édictées par la défenderesse à l'époque. Cette volonté était reconnaissable pour la défenderesse, conformément au principe de la confiance.

b) Compte tenu de ce qui précède, le point de savoir si une police d'assurance a ou non été envoyée à la demanderesse n'est pas déterminant. En effet, quand bien même T._____ Assurances SA aurait violé son obligation d'envoyer un tel document, l'assurée ne pourrait en tirer aucune conclusion en sa faveur. L'art. 11 LCA, qu'elle invoque, oblige certes l'assureur à remettre au preneur d'assurance une police constatant les droits et obligations des parties. Mais la remise de la police ne constitue pas une exigence formelle nécessaire à la perfection du contrat (BRULHART, Droit des assurances privées, 2008, p. 184; HASENBÖHLER, in Commentaire bâlois, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag [VVG] 2001, n°68 ad art. 11).

c) Par ailleurs, la demanderesse a reçu plusieurs attestations d'assurance se référant expressément aux conditions générales d'assurance, édition 1999 (attestation des 22 novembre 2002, 20 novembre 2003 et 17 décembre 2003). Le 20 avril 2003, elle a informé T._____ Assurances SA du fait qu'elle lui adresserait prochainement une attestation de son employeur relative au salaire quelle aurait touché si elle avait continué son activité lucrative à 100%; elle a également remis à T._____ Assurances SA les décisions de la CPEV relatives aux prestations allouées par cette institution. Cette lettre s'inscrivait clairement dans le cadre d'une discussion avec l'assurance, relative à une éventuelle surindemnisation, l'assurée demandant la poursuite du versement des indemnités journalières et le virement de l'indemnité pour le mois de mars 2003. Peu de temps après, T._____ Assurances SA écrivait en substance à l'OAI, avec copie à l'assurée, que ses conditions générales prévoyaient une clause en vue d'éviter la surindemnisation, clause d'après laquelle la caisse se limitait à compléter les prestations des assureurs sociaux jusqu'à concurrence de la perte de gain effective. Cette lettre se référait expressément aux art. 11 des «conditions spéciales de l'assurance complémentaire [...]» et 20 al. 2 «des conditions générales des assurances complémentaires». Enfin, le 7 juin 2004, T._____ Assurances SA présentait à Z._____ un décompte de surindemnisation et demandait la compensation de ses prestations avec un arriéré de rentes de l'assurance-invalidité. La demanderesse ne peut donc pas prétendre, de bonne foi, qu'elle ignorait que des conditions générales s'appliquaient au contrat, et que ces conditions prévoyaient, en cas de surindemnisation, la limitation des prestations de T._____ Assurances SA à un complément des prestations des assureurs sociaux, jusqu'à concurrence de la perte de gain effective.

Le point de savoir si T._____ Assurances SA a obtenu la compensation avec un arriéré de rente de l'assurance-invalidité pour la première période d'incapacité de travail de la demanderesse (2002-2003), ou si elle y a finalement renoncé, n'est pas déterminant. A défaut d'établir clairement une telle renonciation et les conditions dans lesquelles elle serait intervenue, la demanderesse ne peut pas

s'en prévaloir pour exiger une nouvelle renonciation à l'application des clauses contractuelles et des conditions générales lors de la survenance d'un nouveau cas d'assurance. La demanderesse ne peut pas davantage en tirer argument pour demander l'application des règles sur l'erreur essentielle.

5. a) Entre la conclusion du contrat d'assurance et la survenance du risque assuré, en 2009, la défenderesse a modifié ses conditions particulières applicables à l'assurance d'indemnités journalières en cas de perte de gain [...]. Elle a en effet édicté en 2005 des «conditions générales de l'assurance maladie complémentaire selon la LCA, catégorie ' [...] »'. Toutefois, aucune pièce au dossier n'établit que ces nouvelles conditions ont été communiquées à l'assurée, ni que cette dernière les a acceptées. L'attestation d'assurance du 10 décembre 2010 produite par la défenderesse a été établie nettement après la naissance du litige entre les parties et ne peut être considérée comme un indice suffisamment probant d'une telle modification du contrat. Par ailleurs, comme on l'a vu, la communication de ces nouvelles conditions générales à l'association H._____, en juillet 2005, était insuffisante pour lier la demanderesse (consid. 3 ci-avant). Partant, les conditions générales applicables en l'espèce sont les «Conditions générales [CGA] des assurances complémentaires de l'assurance maladie et accidents», édition 01.2001, ainsi que les «Conditions spéciales de l'assurance complémentaire [...] pour incapacité de travail, Classes A et K: maladie et accidents — Classes B et M: maladie seule», édition 1999. Il ressort de l'art 20 ch. 2 du premier de ces documents, comme de l'art. 11 du second, que la défenderesse est en droit de réduire ses prestations pour tenir compte de celles allouées par une institution de prévoyance professionnelle (LPP). La demanderesse ne conteste pas que les prestations que lui alloue la CPEV tombent dans le champ d'application de ces dispositions, dont on voit mal, par ailleurs, en quoi elles contreviendraient à l'art. 8 de la loi fédérale contre la concurrence déloyale, du 19 décembre 1986 (LCD, RS 241).

b) La question de l'imputation du délai d'attente sur le nombre de jours d'indemnisation se pose encore. A cet égard, les «conditions spéciales de l'assurance complémentaire [...] pour incapacité de travail», édition 1999, prévoient uniquement que les prestations assurées sont versées, pour une ou plusieurs maladies, pendant 720 jours au maximum (art. 6 al. 1). Quant aux «conditions générales de l'assurance maladie complémentaire selon la LCA, édition 07.2005, Catégorie [...] Assurance complémentaire pour l'indemnité journalière», elles prévoient désormais que T._____ Assurances SA verse l'indemnité journalière par sinistre pendant la durée de prestations mentionnée dans la police, étant toutefois précisé que «pour les personnes physiques qui ont souscrit une couverture complémentaire [...] à titre individuel, la durée du délai d'attente est imputée sur la durée maximale du droit aux prestations» (art. 14 let. a). Ces nouvelles conditions générales ne sont toutefois pas opposables à la demanderesse. Par ailleurs, une imputation du délai d'attente était certes prévue dans la proposition d'assurance signée en novembre 2002 par l'association H._____, mais comme on l'a vu, celle-ci n'est pas davantage opposable à la demanderesse (consid. 3 in fine et 4a ci-avant). En l'absence de toute précision, dans les conditions générales applicables en l'espèce, sur l'imputation du délai d'attente sur la durée des prestations convenue, l'assurée pouvait légitimement s'attendre à ce que 720 indemnités journalières soient effectivement allouées après l'échéance du délai d'attente en cas d'incapacité de travail persistant pendant une telle durée. Les attestations d'assurance mentionnant un paiement uniquement «différé» pendant la durée du délai d'attente convenu étaient d'ailleurs de nature à conforter la demanderesse dans cette interprétation. Enfin, le principe «in dubio contra stipulatorem» conduit également à interpréter

les clauses pour le moins ambiguës des conditions générales applicables en faveur de la demanderesse dans le cas d'espèce.

Il en résulte que la demanderesse a droit à 720 indemnités journalières, dès la fin du délai d'attente. Ce délai d'attente était de 360 jours, ce qui n'est d'ailleurs pas contesté. Il en résulte donc un droit à une indemnité journalière jusqu'au 5 mai 2011 (en tenant compte d'une incapacité de travail dès le 20 mai 2008).

6. a) L'art. 11 des «Conditions spéciales de l'assurance complémentaire [...] pour incapacité de travail [...]», édition 1999, prévoit que la caisse complète les prestations d'un assureur social cité à l'art 20 al. 2 CGA jusqu'à concurrence de la perte de gain effective. Cette perte de gain doit être fixée à 122'445 fr., soit au montant correspondant au revenu hypothétique sans invalidité établi par l'OAI dans la décision du 1^{er} juin 2010. Les parties ne s'y sont pas opposées lorsque cela a été évoqué en audience du 10 juillet 2012. Après une division par 365 jours, on obtient une perte de gain de 335 fr. 47 par jour pour une incapacité de travail totale (du 20 mai 2008 au 31 mars 2009), de 268 fr. 37 pour une incapacité de travail de 80 % (du 1^{er} avril au 31 mai 2009) et de 201 fr. 28 pour une incapacité de travail de 60 % (dès le 1^{er} juin 2009 et jusqu'au 5 mai 2011 au moins).

b) T. _____ Assurances SA a réduit ses prestations, pour cause de surindemnisation, dès le mois de février 2010. Pour ce mois de février 2010, elle a versé en tout et pour tout 1'000 fr. 50 d'indemnités journalières, alors qu'en principe, la demanderesse aurait pu prétendre des indemnités (avant calcul de surindemnisation) de 118 fr. 80 par jour. Pour la même période, la CPEV allouait une rente mensuelle de 2'290 fr. 75 (soit 75 fr. 31 par jour $[(2'290 \text{ fr. } 75 \times 12)/365]$). Les prestations cumulées de la CPEV et de T. _____ Assurances SA, même non réduites (194 fr. 11 par jour) étaient donc inférieures à la perte de gain effective de la demanderesse. La défenderesse allouera donc à cette dernière un montant de 2'325 fr. 90 pour le mois de février, correspondant aux indemnités journalières non réduites, de 118 fr. 80, pendant 28 jours, sous déduction d'un montant de 1'000 fr. 50 déjà acquitté. Un intérêt moratoire de 5% est dû sur ce montant qu'il convient de faire courir dès le 14 février 2010 (échéance moyenne; art. 102 al. 2 et 104 al. 1 CO [loi fédérale du 30 mars 1911 complétant le Code civil suisse, RS 220]).

c) Pour la période du 1^{er} mars au 31 mai 2010, la défenderesse doit une indemnité journalière non réduite de 118 fr. 80 pendant 92 jours, soit 10'929 fr. 60. Un intérêt moratoire de 5 % est dû sur ce montant, qu'il convient de faire courir dès le 15 avril 2010 (échéance moyenne).

d) Pour la période courant dès le 1^{er} juin 2010, la demanderesse a perçu une rente mensuelle de l'assurance-invalidité, de 986 fr. par mois, soit 32 fr. 42 par jour $[(986 \text{ fr. } \times 12)/365]$. S'y ajoutait une rente mensuelle de la CPEV de 2'290 fr. 75, ou 75 fr. 31 par jour, pour un total de 107 fr. 73 par jour. Après avoir porté ce montant en déduction de 201 fr. 28, compte tenu de l'incapacité de travail et de gain partielle (60 %) de la demanderesse, on obtient un montant de 93 fr. 55 correspondant à la perte de gain effective. La défenderesse doit donc compléter les prestations des deux assureurs sociaux jusqu'à concurrence de ce montant. Cela représente un total de 31'714 fr. 47 pour 339 jours. Cette créance porte

intérêt à 5 % dès le 16 novembre 2010 (échéance moyenne).

7. La demanderesse n'obtient que partiellement gain de cause, pour environ le tiers de ses prétentions selon ses dernières conclusions. Elle ne peut donc prétendre que des dépens réduits à la charge de la défenderesse (art. 55 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 109 al. 1 LPA-VD). L'art. 7 al. 3 du Tarif des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales du 2 décembre 2008 (TFJAS, RSV 173.36.5.2) prévoit que les honoraires sont fixés d'après l'importance et la complexité du litige, sans égard à la valeur litigieuse. Ils sont en règle générale compris entre 500 et 5'000 francs (art. 7 al. 3 TFJAS).

En l'occurrence, Me Philippe Nordmann a déposé le 24 mai 2013, une liste des opérations comportant un total de 54,85 heures au tarif horaire de 350 fr., TVA à 8 % en sus, soit un montant arrondi à 20'000 francs. Ce dernier montant apparaît disproportionné, d'une part au vu de l'importance (double échange d'écritures avec le dépôt de mémoires en plus et la tenue de deux audiences devant le tribunal les 10 juillet 2012 et 24 mai 2013) et, d'autre part, vu la complexité normale du litige. Il convient de s'en tenir au maximum de 5'000 fr. prévu par le tarif, dont il n'y a pas de motif raisonnable de s'écarter. Compte tenu du fait que la demanderesse n'a droit qu'à des dépens réduits, le montant alloué correspond au tiers de ce montant, soit 1'800 fr. (TVA comprise).

Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I. La demande est partiellement admise, en ce sens qu'A. _____ SA est condamnée au paiement à Z. _____ d'un montant de 2'325 fr. 90 (deux mille trois cent vingt-cinq francs et nonante centimes) avec intérêts à 5 % dès le 14 février 2010, d'un montant de 10'929 fr. 60 (dix mille neuf cent vingt-neuf francs et 60 centimes) avec intérêts à 5 % dès le 15 avril 2010 et d'un montant de 31'714 fr. 47 (trente et un mille sept cent quatorze francs et quarante-sept centimes) avec intérêts à 5 % dès le 16 novembre 2010.
- II. La demande est rejetée pour le surplus.
- III. Une indemnité de 1'800 fr. (mille huit cents francs), à verser à Z. _____ à titre de dépens, est mise à la charge d'A. _____ SA.
- IV. Il n'est pas perçu de frais de justice.

Le président :

Le greffier :

Du

Le jugement qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

Me Philippe Nordmann (pour Z. _____),
A. _____ SA,

par l'envoi de photocopies.

Un appel au sens des art. 308 ss CPC peut être formé dans un délai de 30 jours dès la notification du présent jugement en déposant au greffe du Tribunal cantonal un mémoire écrit et motivé. Le jugement objet de l'appel doit être joint.

Le greffier :