

S2 16 7

JUGEMENT DU 16 AVRIL 2018

**Tribunal cantonal du Valais
Cour des assurances sociales**

Composition : Eve-Marie Dayer-Schmid, présidente ; Jean-Bernard Fournier et
Christophe Joris, juges ; Pierre-André Moix, greffier

en la cause

X. Assurances, demanderesse

contre

Entreprise A., défenderesse, représentée par Maître Stéphane Jordan,

(LCA, indemnités journalières, renouvellement du contrat)

Faits

A. L'entreprise A. (ci-après la société ou A.) est une société active dans le domaine de la mécanique générale, d'import et d'export de matériel mécanique, dont le siège se trouve à _____.

En 2008, elle avait assuré son personnel auprès de X Assurances (ci-après l'assurance ou X) pour l'assurance d'indemnités journalières. Le contrat était soumis à la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (LCA).

Par courrier du 9 novembre 2009 adressé à X. Assurances, A. a pris note d'une augmentation de primes annoncées lors d'un entretien du même jour et a indiqué ce qui suit :

Compte tenu de l'état actuel de notre compte pour la police d'assurance indemnités journalières nous comprenons les augmentations de primes mais les regrettons toutefois. Nous aimerions dès lors obtenir ceci :

- contrat prolongé d'un an seulement aux conditions stipulées dans l'offre;
- renégociation du contrat dans le courant du mois de novembre 2010;
- paiement échelonné compte tenu des primes importantes à payer.

Le 19 novembre suivant, X Assurances a indiqué à la société que le contrat d'assurance était arrivé à échéance et que son rendement était défavorable à la suite de divers sinistres annoncés. Sur la base de ces éléments, une adaptation des primes devait être effectuée. X Assurances a dès lors communiqué les nouveaux taux de primes valables à partir du 1^{er} janvier 2010, en faisant référence à ses conditions générales d'assurance (CGA).

Le 20 novembre 2009, A. a informé la direction de X Assurances qu'elle avait eu un entretien une dizaine de jours auparavant avec B., responsable des affaires entreprises pour X Assurances en Valais, et a répété les conditions qu'elle désirait obtenir enjoignant son courrier du 9 novembre précédent à son envoi.

Par pli du 15 décembre 2009, X Assurances, sous la plume de B., a accusé réception des courriers des 9 et 20 novembre précédents et déclaré ce qui suit :

Nous acceptons de prolonger votre contrat aux conditions stipulées dans l'offre pour un an. Pour enregistrer votre nouvelle police, vous voudrez bien nous

retourner l'offre en votre possession dûment signée, avec l'indication du renouvellement pour une année.

Nous espérons que la situation actuarielle s'améliorera en 2010 et nous comptons bien vous faire de nouvelles propositions même avant le délai de novembre 2010.

Concernant le paiement des primes, nous comprenons parfaitement la situation tendue que vous traversez. Afin de nous puissions formaliser un accord, vous voudrez bien nous communiquer à quel rythme vous entendez vous acquitter des factures qui vous seront adressées.

Le lendemain, soit le 16 décembre 2009, une offre d'assurance a été établie par X. Assurances pour l'indemnité journalière du personnel de A. en cas de maladie (variante assainissement), prévoyant une couverture de 80% avec un délai d'attente de 14 jours, la prime annuelle étant fixée à 54 334 fr. 35 avec un supplément pour paiement fractionné de 679 fr. 15. L'offre faisait référence aux CGA version 01.2008 et le début de l'assurance était fixé au 1^{er} janvier 2010 et son échéance au 31 décembre 2010.

Cette offre a été signée par A. le 18 décembre suivant Dans le paragraphe précédant la signature figure la phrase suivante : « *Le/la proposant/e, confirme avoir reçu les conditions générales d'assurance (CGA) et en avoir pris connaissance dans leur intégralité.*»

Durant l'année 2010, A. s'est acquittée des primes facturées par l'assurance.

B. Le 21 novembre 2010, X. Assurances a adressé à la société un décompte de primes provisoire portant sur les mois de janvier à mars 2011 d'un montant de 11 212 fr. 50, avec un supplément pour mode de paiement non annuel de 210 fr. 25, soit un total de 11 422 fr. 75.

L'assurance a ensuite établi un décompte définitif pour l'année 2010 le 3 février 2011. Il ressort de ce calcul que des primes ont été facturées à hauteur de 44 850 fr. et que le montant des primes effectivement dues s'est élevé à 42 355 fr. 45. Le solde en faveur de la société, soit 2494 fr. 55, a été reporté sur la facture de primes provisoire du 21 novembre 2010, portant le solde dû à 8928 fr. 20 (11 422 fr. 75 - 2494 fr. 55).

Le 19 février 2011, X. Assurances a adressé un rappel à A. pour ce montant.

Par courrier du 18 mars 2011, A. a rappelé à l'assurance que les primes 2010 avaient été versées quand ses liquidités le lui avaient permis, ce qui n'avait pas été chose aisée compte tenu du fait que son secteur d'activité se relevait avec peine de la crise de l'industrie de 2009. Elle a dès lors demandé à X. Assurances de reconsidérer son contrat

Le 29 mars 2011, la société a relancé l'assurance de la manière suivante :

Nous revenons sur vos lignes du 15 décembre 2009 concernant votre confirmation écrite de nous faire, je cite: « de nouvelles propositions même avant le délai de novembre 2010 ».

Notre courrier du 18 mars dernier étant resté sans suite, vous comprendrez aisément que nous attendons de vos nouvelles avant d'effectuer un quelconque versement des primes pour l'année en cours.

A la suite d'un rappel daté du 19 mars 2011, A. s'est cependant acquittée le 31 mars suivant du montant de 8928 fr 20 représentant les primes provisoires de janvier à mars 2011, sous déduction du montant payé en trop pour l'année 2010.

Par décompte provisoire du 22 mai 2011, X. Assurances a facturé les primes de juillet à septembre 2011, le montant dû s'élevant à 11 422 fr. 75. Faute de paiement, un rappel puis une sommation ont été adressés à A. les 20 août et 17 septembre 2011.

Au cours du printemps 2011, A. a annoncé divers cas d'incapacité de travail pour maladie et a perçu des prestations de la X. Assurances à hauteur de 7741 fr. 75.

Le 29 août 2011, A. a résilié sa couverture d'assurance pour la prochaine échéance, soit le 31 décembre 2011.

Un nouveau décompte provisoire portant sur les primes d'octobre à décembre 2011 a été envoyé à la société le 21 août 2011, le montant dû s'élevant à 11 422 fr. 75.

Par courrier du 31 octobre 2011, X. Assurances a accordé à la société un ultime délai de paiement au 25 novembre 2011 pour s'acquitter de la somme de 34 391 fr. 25, frais de sommation inclus. Elle l'a en outre avertie que conformément à la LCA, elle serait contrainte de résilier rétroactivement son contrat. A. lui a répondu le 3 novembre suivant dans ces termes

Nous vous laissons le soin de prendre connaissance du dossier complet annexé concernant le non-règlement des primes 2011.

Nous vous recevons à votre convenance dans nos bureaux afin de trouver l'arrangement que nous demandons depuis le mois de mars 2011. compte tenu de votre promesse faite le 15.12.2009. Veuillez noter que de ce fait nous n'avons pas pu bénéficier du délai de résiliation du contrat

La société ne s'étant pas acquittée des primes pour la période d'octobre à décembre 2011, X. Assurances lui a adressé un rappel le 19 novembre 2011 puis une sommation le 17 décembre suivant.

X. Assurances ayant maintenu sa position par courrier du 23 novembre 2011, elle a introduit le même jour une poursuite pour les primes de juillet à septembre 2011 auprès de l'Office des poursuites de _____, lequel a établi un commandement de payer N° _____. A. y a fait opposition totale le 7 décembre 2011.

Le 1^{er} décembre 2011, A. a répondu à la X. Assurances de la manière suivante:

En réponse à vos lignes. nous contestons la facturation des primes 2011, étant donné que celle-ci a été faite sans que la promesse écrite faite le 15.12.2009 n'est (sic) été tenue.

La conséquence directe de vos engagements non tenus est que nous n'avons pas été en mesure, en octobre 2010, de résilier le contrat d'indemnités journalières dans le délai légal.

Dans le cas où vous nous auriez annoncé avant novembre 2010 que les primes restaient inchangées pour 2011, nous aurions bien évidemment résilié le contrat.

Le 1^{er} mars 2012, X. Assurances a introduit une poursuite pour les primes impayées d'octobre à décembre 2011 ; un commandement de payer N° _____ a été établi le 12 mars 2012 par l'Office des poursuites de _____. A. y a fait opposition totale le lendemain.

Le 29 mars 2012, X. Assurances a dressé un décompte de primes définitif pour l'année 2011, présentant un total général des primes de 53 820 francs. Compte tenu des primes provisoires facturées à hauteur de 45 691 fr. et du supplément pour mode de paiement non annuel de 841 fr., le solde encore sa faveur se montait à 8970 francs. Un rappel puis une sommation ont été adressés à A. les 19 mai et 16 juin 2012.

En juin 2012, X. Assurances a informé la société que sa part des excédents s'élevait à 15 065 fr. 90. Elle a imputé ce montant sur les primes d'avril à juin 2011 (11 422 fr. 75) et sur celles de juillet à septembre 2011 pour 3643 fr. 05.

Divers commandements de payer ont encore été établis par l'Office des poursuites de _____ à la suite de réquisitions de X. Assurances, le dernier pour un montant de 28 172 fr, 45 (poursuite N° _____), représentant le décompte final de l'année 2011, Ils ont tous fait l'objet d'opposition totale de la part de A.

C. Le 1^{er} septembre 2015, X. Assurances a introduit une requête en conciliation auprès du Juge de la commune de Sierre, concluant au paiement d'un montant de 28 172 fr. 45. L'autorisation de procéder a été délivrée le 28 octobre 2015.

Le 20 janvier 2016, X. Assurances a introduit une demande en paiement à l'encontre de A., dont les conclusions sont les suivantes

1 Déclarer la présente demande recevable.

2 Condamner A au paiement du montant total de CHF 28'172.45 pour les primes provisoires de juillet à septembre 2011 et d'octobre à décembre 2011 ainsi que pour la prime définitive de janvier à décembre 2011, auquel s'ajoutent CHF 300.00 de frais administratifs et 5% d'intérêts moratoires depuis le 4 décembre 2011.

3 Prononcer la mainlevée définitive de la poursuite n° _____ à hauteur de CHF 28'172.45 auquel s'ajoutent CHF 300.00 de frais administratifs et 5% d'intérêts moratoires depuis le 4 décembre 2011.

4 Statuer sous suite de frais et dépens.

L'assurance a fait valoir que la X. Assurances n'avait pas accepté de conclure en 2009 un contrat à la condition de le renégocier une année plus tard sans que les règles de résiliation ne s'appliquent Il était selon elle stipulé que la durée était d'une année mais que les CGA restaient applicable. En signant l'offre, A. avait confirmé avoir reçu les conditions générales et avait ainsi accepté les conditions de résiliation. En outre, la société n'avait pas exprimé sa volonté de ne plus être liée par le contrat et elle savait qu'une résiliation était nécessaire pour y mettre fin. Dès lors faute de résiliation pour la fin de l'année 2010, elle était restée assurée en 2011, et il convenait également de tenir compte du fait qu'elle avait procédé à un paiement le 31 mars 2011 pour les primes de janvier à mars de cette année-là.

Dans sa réponse du 15 février 2016, la défenderesse a conclu au rejet de la demande et au maintien de l'opposition à la poursuite N° _____, sous suite de frais et de

dépens. Elle a argué qu'elle avait conclu en 2009 un contrat pour une année seulement et que son renouvellement était dépendant d'une offre que la X. Assurances devait lui fournir durant l'année 2010, au plus tard en novembre. Elle a en outre sollicité l'audition de B., collaborateur de la X. Assurances et l'édition de l'entier de son dossier auprès de la X. Assurances.

L'assurance a répliqué le 21 mars 2016 et a rappelé que le contrat de la défenderesse avait déjà été reconduit par le passé d'année en année, de sorte que le mécanisme du renouvellement tacite ne lui était pas inconnu. Elle a également souligné que A. était une entreprise rompue au monde des affaires et aux négociations contractuelles. S'agissant des moyens de preuves, elle s'est opposée à l'audition de B., ce dernier ne travaillant plus pour la X. Assurances et étant de surcroît de parenté avec les dirigeants de A., et a estimé que la production du dossier intégral de la défenderesse n'était pas utile.

Dans sa duplique du 7 avril 2016, la défenderesse a maintenu ses offres de preuve, considérant que la production de l'entier du dossier visait à prouver le lien de confiance qui existait auparavant entre les protagonistes.

Les parties ont encore déposé leurs plaidoiries écrites les 23 et 25 août 2017 dans lesquelles A. a maintenu que le contrat n'avait été conclu que pour une année, que les CGA n'étaient pas applicables et que donc toute prolongation tacite était exclue, soulignant en outre que la X. Assurances s'était engagée à la recontacter afin de lui présenter une nouvelle offre d'assurance avant le mois de novembre 2010. L'assurance à quant à elle argué qu'il n'y avait pas eu de dérogations aux conditions générales et que le contrat avait ainsi été valablement reconduit pour l'année 2011. La défenderesse a brièvement répliqué le 31 août suivant en répétant des arguments déjà développés dans ses précédentes écritures.

Considérant en droit

1.1 Aux termes de l'article 7 du code de procédure civile du 19 décembre 2008 (CPC), les cantons peuvent instituer un tribunal qui statue en tant qu'instance cantonale unique sur les litiges portant sur les assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale selon la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie. Sur cette base, l'article 5 alinéa 1 lettre a de la loi d'application du code de procédure civile

suisse du 11 février 2009 prévoit que le Tribunal cantonal connaît, en instance cantonale unique, des affaires civiles relevant notamment de l'article 7 CPC. A teneur de l'article 10 chiffre 14 LACPC, l'article 2 alinéa 1 de l'ordonnance cantonale désignant les autorités et les procédures en matière d'assurance-maladie du 3 mars 1996 est modifié comme suit : le Tribunal cantonal connaît en tant qu'instance cantonale unique les litiges relatifs aux assurances complémentaires au sens de l'article 12 alinéa 2 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal) (ATF 141 III 479 consid. 2).

Le Tribunal cantonal a attribué à sa Cour des assurances sociales (art. 19 al. 1 LOJ et art. 65 al. 2 LPJA) la compétence de traiter les litiges relatifs aux assurances complémentaires au sens de l'article 12 alinéa 2 LAMal.

La Cour de céans est dès lors compétente *ratione materiae*.

1.2 Les CGA de la demanderesse prévoient que le preneur d'assurance ou la personne assurée peut intenter une action contre la X. Assurances à _____, à son domicile en Suisse ou sur son lieu de travail en Suisse (art. 24 CGA) En revanche, elles ne prévoient pas de for en cas d'action de l'assurance contre le preneur d'assurance ou l'assuré.

En vertu de l'article 32 alinéa 1 lettre a CPC, en cas de litige concernant les contrats conclus avec des consommateurs - dont font partie les contrats conclus en matière d'assurance accidents ou maladie privée (arrêt 4A_575/2013 du 11 mars 2014 consid. 2.2) -, le for est celui du domicile ou du siège de l'une des parties lorsque l'action est intentée par le consommateur.

Il découle de ce qui précède qu'il existe un for au domicile de la défenderesse, soit en l'espèce, en Valais, de sorte que la compétence de la Cour *ratione loci* est également donnée.

1.3 A teneur de l'article 243 alinéa 2 lettre f CPC, la procédure simplifiée s'applique, quelle que soit la valeur litigieuse, aux litiges portant sur des assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie. Le tribunal établit les faits d'office dans les affaires visées à l'article 243 alinéa 2 (art. 247 al. 2 let. a CPC).

En l'occurrence, la demanderesse a déposé un mémoire conforme aux réquisits posés à l'article 244 CPC. Il sied dès lors d'entrer en matière sur sa demande.

21 Le litige porte sur la reconduction du contrat signé entre les parties pour l'année 2011, la défenderesse estimant qu'elle avait conclu en décembre 2009 un contrat de durée déterminée pour l'année 2010 uniquement alors que la demanderesse considère que ce contrat a été renouvelé pour l'année 2011 conformément à ses CGA, faute de résiliation de la part de A.

2.2 Les parties ont conclu un contrat d'assurance privée prévoyant le versement d'une rente pour incapacité de gain, soumis à la loi fédérale sur le contrat d'assurance (ci-après : LCA). Les conditions d'assurance forment le contenu ordinaire et typique du contrat d'assurance (RVJ 1996 p. 257 consid. 8a; Stoessel, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, Bâle 2001, n. 6 ss ad art. 3 LCA). Les principes généraux de l'interprétation des contrats et du respect de la bonne foi s'appliquent au contrat d'assurance, autant que la loi spéciale ne contient pas de dispositions particulières : l'article 100 alinéa 1 LCA renvoie au droit des obligations et, partant, au code civil (ATF 118 II 342 consid. 1a).

Il s'ensuit que, lorsqu'il s'agit de déterminer le contenu d'un contrat d'assurance et des conditions générales qui en font partie intégrante, le juge doit, comme pour tout autre contrat, recourir en premier lieu à l'interprétation dite subjective, c'est-à-dire rechercher la « réelle et commune intention des parties », le cas échéant empiriquement, sur la base d'indices (art. 18 al. 1 CO). S'il ne parvient pas à établir avec sûreté cette volonté effective, ou s'il constate que l'un des cocontractants n'a pas compris la volonté réelle exprimée par l'autre, il recherchera le sens que les parties pouvaient et devaient donner, selon les règles de la bonne foi, à leurs manifestations de volonté réciproques en fonction de l'ensemble des circonstances, étant rappelé que ce principe permet d'imputer à une partie le sens objectif de sa déclaration ou de son comportement, même s'il ne correspond pas à sa volonté intime (application du principe de la confiance; ATF 132 III 268 consid. 2.3.2). Même si la teneur d'une clause contractuelle paraît claire à première vue, il peut résulter d'autres conditions du contrat, du but poursuivi par les parties ou d'autres circonstances que son texte ne restitue pas le sens de l'accord conclu; cependant, il n'y a pas lieu de s'écarter du sens littéral lorsqu'il n'y a pas de raisons sérieuses de penser qu'il ne correspond pas à leur volonté (ATF 131 III 606 consid. 4.2; arrêt SC.208/2006 du 8 janvier 2007, consid. 2.1).

Par ailleurs, les rapports des parties au contrat sont régis par le principe de la bonne foi, particulièrement en matière d'assurance (ATF 38 II 211). Aux termes de l'article 2 al. 1 CC, chacun est en effet tenu d'exercer ses droits et d'exécuter ses obligations selon les règles de la bonne foi. L'abus de droit n'est pas protégé par la loi (art. 2 al. 2

CC). Abuse notamment de son droit celui qui adopte un comportement contredisant de façon flagrante un comportement antérieur (ATF 125 III 257 consid. 2a). La loi ne protège pas l'attitude contradictoire ("venire contra factum proprium") lorsque le comportement antérieur d'une partie a inspiré chez l'autre partie une confiance légitime qui l'a déterminée à des actes qui se révèlent préjudiciables une fois que la situation a changé (ATF 121 III 350 consid.5b et les réf. jurispr. cit.)

Les règles de la bonne foi jouent ainsi un rôle décisif dans la détermination des devoirs des parties au contrat d'assurance.

3.1 En l'espèce, A. a connu au cours de l'année 2009 des problèmes de liquidités et simultanément, X. Assurances l'a informée d'une augmentation significative des primes relatives à l'incapacité de gain maladie de ses employés, Dès lors, la société a requis de X. Assurances (courrier du 9 novembre 2009) un contrat prolongé d'un an seulement, une renégociation du contrat dans le courant du mois de novembre 2010 et des paiements échelonnés, En réponse à ces propositions, X. Assurances lui a indiqué le 15 décembre suivant accepter de prolonger le contrat pour un an et l'a informée qu'elle comptait bien lui faire de nouvelles propositions même avant le délai de novembre 2010, Tel n'a cependant pas été le cas.

Cependant, l'offre signée par A. le 18 décembre 2009 fait référence aux CGA éditions 01.2008 de la demanderesse, et dans le paragraphe situé juste avant la signature, il est expressément précisé que la preneuse d'assurance confirme avoir reçu les CGA et en avoir pris connaissance dans leur intégralité.

Il convient d'ajouter que si A. n'est effectivement pas active dans le domaine des assurances, elle déploie son activité dans l'import et l'export de machines et ne saurait à ce titre être qualifiée de novice dans le domaine contractuel.

Enfin, A. était assurée depuis plusieurs années auprès de la X. Assurances et connaissait le mécanisme de renouvellement tacite du contrat en l'absence de résiliation par l'une des parties. Le simple fait qu'elle avait émis le désir de renégocier le contrat avant de s'engager pour l'année 2011 ne permet cependant pas de conclure au fait que les cocontractants avaient l'intention de s'affranchir des CGA de la demanderesse dans le cadre de leurs relations contractuelles.

Compte tenu de ce qui précède, les CGA sont applicables aux cas d'espèce.

3.2 L'article 6.2 CGA prévoit ce qui suit en ce qui concerne la durée du contrat :

Le contrat d'assurance est conclu pour la durée indiquée dans la police. A l'expiration de la durée du contrat, ce dernier est systématiquement reconduit tacitement d'un an en l'absence de résiliation par l'une des parties contractantes moyennant un délai de préavis minimal de 3 mois avant la date d'expiration. La résiliation doit avoir été notifiée par écrit au partenaire contractuel au plus tard trois mois avant l'expiration du contrat. L'année d'assurance correspond à l'année civile.

Il apparaît dès lors que pour mettre fin au contrat avec effet à la fin de l'année 2010, A. aurait dû signifier la résiliation à X. Assurances au plus tard à la fin du mois de septembre 2010, ce qu'elle n'a pas fait. C'est donc à bon droit que le contrat a tacitement été reconduit pour l'année 2011.

3.3 On ajoutera encore que dans ses courriers des 3 novembre et 1^{er} décembre 2011, A. prétend qu'elle n'a pas pu bénéficier du délai de résiliation du contrat, faute de proposition de la demanderesse. En affirmant cela, elle admet elle-même que le contrat d'assurance portant sur l'année 2010 n'était pas de durée déterminée. Si tel avait été le cas, ledit contrat se serait terminé le 31 décembre 2010 sans que la défenderesse ne soit contrainte de procéder à une résiliation trois mois auparavant

Enfin, il convient également de retenir que la société a payé en mars 2011 les primes de janvier à mars 2011, admettant ainsi que manière implicite l'existence du contrat d'assurance pour l'année 2011. La société a également signalé à X. Assurances des cas de maladie pour l'année 2011, preuve s'il en est qu'elle comptait effectivement sur les prestations de la demanderesse et qu'elle ne considérait pas que son contrat d'assurance avec elle n'était plus en vigueur.

Au surplus, on peut également relever que lors de la réception du décompte provisoire de primes des mois de janvier à mars 2011, daté du 21 novembre 2010, la société n'a pas réagi. En recevant cette facture, elle était pourtant bien consciente du fait que le contrat avait été renouvelé et n'a pourtant entamé aucune démarche pour renégocier son contrat ou pour tenter d'y mettre fin par une négociation à l'amiable.

Les griefs de la défenderesse doivent donc être rejetés et la demande admise, A. étant reconnue devoir à X. Assurances la somme de 28 172 fr. 45, ce montant n'étant pas contesté en tant que tel, pas plus que la date de départ des intérêts fixée par la demanderesse au 4 décembre 2011. Les frais administratifs de 300 fr. réclamés par la X. Assurances n'étant pas prévus dans les CGA, ils ne sont pas dus.

4.1 Les frais comprennent les frais judiciaires et les dépens (art 95 al. 1 CPC). Ils sont mis à la charge de la partie succombante (art. 106 al. 1 i.L CPC).

Il n'est pas perçu de frais judiciaires dans la procédure au fond relative aux litiges portant sur des assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (art. 114 let. e CPC).

La présente affaire constituant un litige portant sur une assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale au sens de la LAMal, il ne sera donc pas perçu de frais en l'espèce.

4.2 S'agissant des dépens, ils comprennent, selon l'article 95 alinéa 3 CPC : les débours nécessaires (let a) ; le défraiement d'un représentant professionnel (let. b) ; lorsqu'une partie n'a pas de représentant professionnel, une indemnité équitable pour les démarches effectuées, dans les cas où cela se justifie (let. c).


4.3 Pour défendre ses intérêts en la présente procédure, X.Assurances qui obtient gain de cause, n'a pas fait appel à un représentant professionnel indépendant mais à ses propres juristes. C'est précisément l'une des tâches de ces employés de défendre les intérêts de X. Assurances dans les procédures judiciaires, notamment par la rédaction de mémoires et de courriers. Ces personnes sont rémunérées par leur employeur pour l'accomplissement de ce travail. X. Assurances n'a donc pas droit à des dépens pour le travail de ses propres employés.

Prononce

1. L'action ouverte par X. Assurances contre l'entreprise A. le 20 janvier 2016 est admise.
2. L'entreprise A. paiera à X. Assurances la somme de 28 172 fr. 45 avec intérêts à 5% dès le 4 décembre 2011.
3. L'opposition faite au commandement de payer établi par l'Office des poursuites et faillites de _____ dans la poursuite N° _____ est définitivement levée à concurrence de 28 172 fr. 45 avec intérêts à 5% dès le 4 décembre 2011.
4. Il n'est pas perçu de frais ni alloué de dépens.

Sion, le 16 avril 2018

Cour des assurances sociales


E.-M. Dayer-Schmid



Le greffier :

P.-A. Moix

Voie de droit

Le présent jugement peut faire l'objet d'un recours, dans les trente jours dès sa notification, auprès du Tribunal fédéral, 1000 Lausanne 14. Il est au surplus renvoyé au système des voies de droit de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF) qui régleme aussi le mémoire de recours et ses annexes (art. 42 LTF).

Expédié sous pli recommandé à