

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/294/2012

ATAS/958/2012

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 8 août 2012

9^{ème} Chambre

En la cause

Madame G_____, domiciliée à Genève, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître MEYER Yann Pierre

recourante

contre

MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA, sise rue du Nord 5,
1920 Martigny

intimée

**Siégeant : Florence KRAUSKOPF, Présidente; Christine LUZZATTO et Violaine
LANDRY ORSAT, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame G _____, née B _____ en 1976, a perçu des indemnités perte de gain en vertu de l'assurance collective selon la LCA souscrite par son employeur auprès de Groupe Mutuel. A la suite de son licenciement, elle a maintenu son affiliation, à titre individuel.
2. L'assurance ayant mis fin à ses prestations le 20 novembre 2006, l'assuré a saisi la Cour de justice (anciennement le Tribunal cantonal des assurances sociales) d'une demande en paiement des sommes de 33'737 fr. 35 et de 5'029 fr. 60 pour les indemnités journalières allant du 21 novembre 2006 au 29 octobre 2007. Elle faisait valoir que la maladie dont elle souffrait entraînait une incapacité de travail lui donnant droit aux prestations de l'assurance privée.
3. Dans le cadre de cette procédure, une expertise a été établie. Celle-ci a retenu un trouble anxieux phobique avec attaque de panique et agoraphobie, de degré de gravité sévère. L'incapacité de travail était totale.
4. A la suite de ce rapport, les parties ont signé, le 3 février 2009, une transaction extrajudiciaire, ainsi libellée:

"L'assureur versera à Mme B _____ le montant de 30'000 fr. pour solde de tout compte.

Mutuel Assurances renonce à tout recours contre l'AI et contre Mme B _____ quelle que soit la teneur de la décision de l'AI.

Le contrat relatif aux indemnités journalières, liant les parties, est résilié au 31 janvier 2008.

Mutuel Assurances rembourse à l'assurée le montant des primes payées depuis février 2008 par l'assurée.

Mutuel Assurances renonce à facturer le montant de 421 fr. 50 concernant les frais résultant de l'absence de l'assurée à l'expertise du 10.7.2007.

L'assurée retire la demande déposée auprès du Tribunal cantonal genevois en date du 29.10.2007 et renonce à faire valoir tout autre droit".

Le document porte la signature du conseil de l'assuré et celle des deux représentantes de l'assurance, agissant en qualité de juristes.

5. L'assurée avait déposé une demande de prestations auprès de l'AI en octobre 2006. Au moment de la signature de la transaction précitée, la procédure AI se trouvait au stade du projet de refus de prestations.

6. Par arrêt de la Cour de justice du 14 juillet 2010, le droit à une rente entière de l'assurance-invalidité a été reconnu à l'assurée.
7. Par courrier du 29 avril 2011, Mutuel Assurances, se référant à l'art. 23 al. 7 des conditions générales du contrat d'assurance et à la décision d'octroi d'une rente entière d'invalidité, a établi le décompte des prestations qu'elle estimait dues (39'586 fr. 55) pour la période du 1^{er} janvier 2007 au 14 janvier 2008, dont elle a déduit celles de l'assurance-invalidité (28'812 fr.) pour la même période et celles versées par ses soins (27'071 fr. 35). Il en découlait, selon elle, un solde de 17'402 fr. 35 en sa faveur. Groupe Mutuel a expliqué qu'il réclamerait ce montant directement à la caisse de compensation.
8. Se prévalant de l'accord liant les parties, l'assurée a contesté devoir ce montant et s'est opposée à la compensation envisagée. L'assurance a soutenu que le terme "recours" figurant dans la transaction devait être interprété comme une renonciation de recourir contre toute décision de l'AI et non comme une renonciation à réclamer le remboursement des prestations qu'elle avait avancées.
9. La FER-CIAM a établi le montant de la rente d'invalidité due à l'assurée et, après avoir bloqué dans un premier temps la somme litigieuse de 17'402 fr. 35, l'a versée en octobre 2011 au Groupe Mutuel.
10. Par demande en paiement expédiée le 27 janvier 2012, l'assurée réclame cette somme. Elle expose que le contrat liant les parties était soumis à la LCA. La transaction extrajudiciaire devait être interprétée selon le principe de la confiance. Le terme "recours" utilisé dans la convention se rapportait à la subrogation de l'assureur et non au droit procédural de contester la décision de l'assurance-invalidité ou de l'assurée, cette dernière n'étant de surcroît pas susceptible de rendre des décisions. Les conditions générales de l'assurance ne sauraient, en outre, prévaloir sur les termes de l'accord trouvé. Par ailleurs, retenant un gain assuré de 130 fr. 57, la demanderesse explique qu'il n'y a pas sur-indemnisation. Enfin, si la convention était mise à néant, l'assurance resterait devoir le montant de 13'871 fr. 45, qui augmenté des intérêts s'élèverait à 16'889 fr. 95, de sorte que l'assurance ne pourrait réclamer que 512 fr. 40.
11. L'assurance conclut, principalement, à l'irrecevabilité de la demande, subsidiairement à son rejet. Compte tenu de l'engagement pris par la demanderesse dans la transaction litigieuse de "renoncer à faire valoir tout autre droit" à son encontre, sa demande est irrecevable. A supposer qu'elle soit recevable, la demande est infondée. L'interprétation de la clause litigieuse conduit à retenir que l'assurance s'engageait à ne pas recourir contre la décision que rendrait l'AI. En aucun cas, l'assurance n'a entendu renoncer à son droit de recours et ainsi déroger à l'art. 28 ch. 9 de ses conditions générales. Enfin, l'assurance a confirmé que l'employée étant

intervenue dans le cadre de l'établissement de la transaction était décédée (mémoire-réponse ad 29).

12. Dans sa réplique, la demanderesse relève, en sus des arguments déjà développés, qu'en transmettant des données sensibles au sens de l'art. 3 LPD, la défenderesse était contrevenue aux dispositions protégeant les données personnelles. La transaction ressortissant exclusivement du domaine contractuel, l'assurance pouvait déroger à ses conditions générales, qui ne relevaient pas de l'ordre public ou de dispositions contraignantes. Lors de la signature de la transaction, la demanderesse ne percevait plus aucun revenu et vivait de la générosité de son compagnon. Soutenir, dans ces conditions, qu'elle aurait accepté la somme de 30'000 fr. pour solde de tous comptes en laissant à la libre appréciation de la défenderesse de se retourner contre l'AI, était emprunt de mauvaise foi. La demanderesse avait, certes, renoncé à tout droit d'action contre la défenderesse. Cela n'emportait toutefois pas sa renonciation à exiger le respect de l'accord transactionnel.
13. L'assurance conteste agir de mauvaise foi. Elle explique qu'au contraire l'assurée doit se voir reprocher d'agir de manière contradictoire en ouvrant action contre elle après avoir expressément renoncé à toute prétention à son encontre. Il peut être dérogé aux conditions générales. Elle soutient toutefois que le terme "recours" doit être compris comme un recours contre une décision de l'AI et qu'elle n'entendait pas déroger à l'art. 28 ch. 9 CGA, qui autorise l'assurance à se faire rembourser auprès de l'assurance sociale les prestations qu'elle a avancées.
14. Les parties ont été informées le 21 mai 2012 que la cause était gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 7 du Code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 (CPC ; RS 292) et à 134 al. 1 let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05), la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la LAMal, relevant de la LCA.

En l'occurrence, le litige porte sur l'interprétation d'une transaction se rapportant à des prestations fondées sur un contrat d'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie, soumis à la LCA. La Cour est donc compétente à raison de la matière.

La demanderesse étant domiciliée à Genève, la Cour est également compétente à raison du lieu (art. 17 CPC, art. 29 al. 2 CGA de 2005).

La cause n'est pas soumise à une tentative obligatoire de conciliation (cf. ATAS/577/2011 du 31 mai 2011).

Pour le surplus, la demande répond aux réquisits légaux de forme (art. 130, 244 CPC). Elle est donc recevable.

La procédure simplifiée s'applique (art. 243 al. 2 let. f CPC), et la Cour établit les faits d'office (art. 247 al. 2 let. a CPC).

2. Sont litigieux le caractère et la portée de la transaction extrajudiciaire conclue.
 - a. Il est relevé, à titre liminaire, que la demande ne se heurte pas au pactum de non petendo contenu dans l'accord transactionnel. En effet, la demande est exclusivement fondée sur les droits que la demanderesse déduit dudit accord (cf. consid. 3 infra). La renonciation de la demanderesse à agir contre la défenderesse n'emportait, à l'évidence, pas la renonciation à demander l'exécution de la transaction extrajudiciaire. La demande n'est donc pas irrecevable.
 - b. En premier lieu, il convient de déterminer si la transaction doit être examinée à la lumière de la LaMAL, comme le soutient la défenderesse, ou à celle de la LCA, comme le fait valoir la demanderesse.
 - c. Les critères de validité d'une transaction diffèrent dans les deux régimes. En effet, les transactions conclues dans le domaine des assurances sociales suivent les conditions fixées à l'art. 50 LPGA: l'assureur social est, notamment, tenu de notifier la transaction sous la forme d'une décision sujette à recours (art. 50 al. 2 LPGA). En revanche, le droit privé ne soumet pas la transaction à des exigences de forme, sous réserve de clauses qui présentent des éléments d'un contrat soumis à une forme particulière, telle la forme authentique ou la forme écrite (art. 11 CO; ATF 95 II 419).
 - d. En l'espèce, la transaction conclue se rapporte aux prétentions déduites par la demanderesse du contrat d'indemnités journalières en cas de maladie, expressément soumis à la LCA. Le contrat sur lequel se fondait la demanderesse est donc un contrat d'assurance complémentaire à l'assurance sociale. Une telle assurance relève de la loi sur le contrat d'assurance (art. 12 al. 3 LAMal). De jurisprudence constante, les prétentions fondées sur un contrat d'assurance privée ressortissent au droit privé (ATF 124 III 44 consid. 1a/aa). Les conditions générales produites par la défenderesse se réfèrent, également, à la LCA. Partant, c'est au regard des dispositions de droit privé que le litige doit être examiné.
3. La transaction est un contrat par lequel les parties mettent fin, par des concessions réciproques, à un litige ou à une incertitude touchant un rapport de droit (ATF 132 III 737 consid. 1.3; 130 III 49 consid. 1.2). Ce qui est déterminant, dans une transaction, ce sont les concessions réciproques comme telles (Arthur MEIER-HAYOZ, Fiche juridique suisse n° 463 p. 1). La transaction permet ainsi aux parties de régler à nouveau leurs rapports (ATF 114 Ib 74 consid. 1). Ces nouveaux rapports sont fondés sur des concessions réciproques, qui peuvent prendre la forme

d'une reconnaissance de dette, d'une remise de dette, d'une remise d'intérêts moratoires, d'un aménagement de délais de paiement, etc. (cf. Peter GAUCH, *Der aussergerichtliche Vergleich*, in: *Innominatverträge, Festgabe zum 60. Geburtstag von Walter R. Schluemp*, Zürich 1988, p. 6).

En l'espèce, il y a bel et bien eu des concessions de part et d'autre. La défenderesse s'est, notamment, engagée à verser la somme de 30'000 fr. et à renoncer à tout recours contre l'AI et contre la demanderesse; cette dernière a retiré la demande alors pendante et renoncé à "faire valoir tout autre droit" à l'encontre de l'assurance.

- a. La détermination du contenu de la transaction, qui permet de définir les prétentions et points litigieux qui ont été définitivement réglés, s'effectue selon les principes habituels en matière d'interprétation des contrats (ATF np 4C.286/2002 du 22 octobre 2002, consid. 2.2).

En présence d'un litige sur l'interprétation d'une clause contractuelle, le juge doit tout d'abord s'efforcer de déterminer la commune et réelle intention des parties, sans s'arrêter aux expressions ou dénominations inexactes dont elles ont pu se servir, soit par erreur, soit pour déguiser la nature véritable de la convention (art. 18 al. 1 CO; ATF 127 III 444 consid. 1b). Si la volonté réelle des parties ne peut pas être établie ou si elle est divergente, le juge doit interpréter les déclarations et les comportements selon la théorie de la confiance. Il doit donc rechercher comment une déclaration ou une attitude pouvait être comprise de bonne foi en fonction de l'ensemble des circonstances (interprétation objective; ATF 136 III 186 consid. 3.2.1; 135 III 295 consid. 5.2). Il convient de préciser que le principe de la confiance permet d'imputer à une partie le sens objectif de sa déclaration ou de son comportement, même si celui-ci ne correspond pas à sa volonté intime (ATF 127 III 279 consid. 2c/ee p. et les références doctrinales).

En matière de transaction, lorsque les règles habituelles d'interprétation ne conduisent pas à un résultat sûr ou que, à tout le moins, deux solutions différentes apparaissent soutenables, il convient de procéder à une interprétation stricte, semblable à celle régissant les quittances pour solde de tout compte (cf. ATF 127 III 444 consid. 1a). Ce principe vaut notamment lorsqu'un lésé et une assurance procèdent à un règlement global des prétentions du premier envers la seconde et que demeure incertain le point de savoir si ce règlement vise les seules prétentions existant au moment où la transaction est signée ou également celles qui pourraient naître par la suite (ATF np 4C.186/2002 du 22 octobre 2002, consid. 2.2.2).

Enfin, si des clauses sont peu claires, elles doivent être interprétées contre la partie qui les a rédigées ("in dubio contra stipulatorem": ATF 126 V 499 consid. 3b; 122 III 118 consid. 2d).

- b. En l'espèce, les parties divergent sur la portée de la clause indiquant que la défenderesse "*renonce à tout recours contre l'AI et contre Mme B_____ quelle que soit la teneur de la décision de l'AI*". La demanderesse s'est exprimée dans ses écritures, établies par le même conseil que celui qui a signé la convention, sur les circonstances de la transaction et sa volonté au moment de la signature de celle-ci. L'employée de la défenderesse ayant participé à l'élaboration de la convention est décédée, de sorte que son témoignage ne peut être recueilli. La confrontation des versions des deux auteurs de la transaction ne pouvant avoir lieu, il convient de rechercher si leur volonté respective peut être établie au vu du texte et des circonstances entourant la rédaction de l'acte litigieux.

La transaction est intervenue en cours de procédure, alors que l'assurée réclamait le paiement d'une somme totale d'environ 38'000 fr. qu'elle déduisait du contrat la liant à la défenderesse. Etait alors litigieuse la question de savoir si l'intéressée souffrait d'une maladie engendrant une incapacité de travail pour laquelle des prestations étaient dues. Le rapport d'expertise judiciaire a retenu un diagnostic invalidant, réduisant entièrement la capacité de travail de l'expertisée. C'est dans ce contexte qu'est intervenue la transaction. A la date de la signature de celle-ci, l'AI avait communiqué un projet de refus de prestation, et la procédure AI était encore pendante.

La clause litigieuse doit donc être lue à la lumière de ces circonstances. Son texte ne présente, contrairement à ce que soutient la défenderesse, pas d'ambiguïté. Il précise que l'assurance renonce à tout recours "contre" l'AI et "contre" l'assurée, "quelle que soit la décision de l'AI". Les termes choisis expriment clairement la renonciation de la défenderesse de se retourner, pour les montants objets de la transaction, contre l'AI et contre la demanderesse, dans l'hypothèse où l'AI accorderait des prestations. D'une part, le texte indique "tout recours contre l'AI" et ne parle pas d'un recours "contre la décision de l'AI". D'autre part, l'adjonction "quelle que soit la décision de l'AI" démontre bien que l'assurance privée s'est engagée à renoncer à se retourner contre l'AI, que celle-ci accorde ou non des prestations, prenant ainsi sciemment le risque d'une sur-indemnisation. Comme le relève la demanderesse, si la défenderesse avait entendu renoncer à recourir contre toute décision de l'AI, elle n'aurait pas admis une formulation qui inclut également la demanderesse. En effet, cette dernière n'est pas habilitée à rendre des décisions, de sorte que la renonciation de recourir contre celle-ci serait vide de sens, si l'on suivait l'interprétation soutenue par la défenderesse. Au demeurant, il est douteux que l'assurance d'indemnités journalières privée ait qualité pour contester une décision d'octroi de prestations rendue par l'AI.

Au vu de ce qui précède, la Cour retient qu'au regard des circonstances et du texte clair de la transaction, les parties ont exprimé la volonté réelle et concordante que la défenderesse renonce à son droit de recours contre l'AI et la demanderesse en cas de sur-indemnisation à la suite des prestations versées par l'assureur social.

- c. Par ailleurs, quand bien même la réelle volonté des parties ne pourrait être retenue, l'interprétation de la clause litigieuse selon le principe de la confiance conduit au même résultat. En effet, la formulation "Mutuel Assurances renonce à tout recours contre l'AI et contre Mme B _____ quelle que soit la décision de l'AI" ne peut, raisonnablement, qu'être comprise comme une renonciation au droit de se retourner contre l'assurance sociale. La transaction a été rédigée dans le contexte d'une demande en paiement et était destinée à mettre fin au litige divisant les parties. Les prétentions de la demanderesse déduites en justice (environ 38'000 fr.) étaient supérieures à celles transigées (30'000 fr.) - la défenderesse chiffre d'ailleurs dans la présente procédure les prétentions auxquelles l'assurée aurait eu droit à 39'586 fr. 55, de sorte qu'en mettant un terme au litige en acceptant la somme de 30'000 fr., l'assurée a procédé à des concessions. Le fait que l'assurance renonce à se retourner contre l'AI et contre la demanderesse dans l'hypothèse où cette dernière se voyait octroyer des prestations de l'AI faisait ainsi partie de la transaction. Il résulte de la logique et de l'économie de la transaction que les concessions accordées par l'assurée à l'assurance devaient être contrebalancées par des concessions de la part de cette dernière. Dans la mesure où les parties se sont mises d'accord sur le terme de la résiliation du contrat les liant au 31 janvier 2008, le remboursement des primes versées au-delà de cette date ne représente aucune concession. La défenderesse a, certes, également renoncé à sa prétention de 421 fr. 50 concernant les frais résultant de l'absence de l'assurée à l'expertise du 10 juillet 2007. Cette concession étant cependant tellement modeste, toute personne loyale et raisonnable pouvait, de bonne foi, admettre que la concession principale consentie par la défenderesse se rapportait à sa renonciation de se retourner contre l'AI et la demanderesse, une fois les prestations de l'AI connues, de sorte à ne pas diminuer ces dernières.

Par ailleurs, la transaction a été signée par deux représentantes de l'assurance, en leur qualité de juristes. L'assurée était également représentée par un homme de loi. Or, compte tenu du contexte dans lequel la transaction a été signée, il est manifeste qu'un juriste ne peut que comprendre la formulation adoptée par les parties comme une renonciation de l'assureur au droit de se retourner, en tout ou en partie, contre l'assurance sociale pour les prestations qu'il s'est engagé à verser. La transaction précise, de surcroît, que le montant de 30'000 fr. est versé "pour solde de tout compte". Elle entend ainsi définitivement mettre un terme aux prétentions des parties. La clause litigieuse ne vient que préciser que les parties entendaient également régler le droit de recours en cas de sur-indemnisation.

Dès lors que l'application au cas d'espèce des règles sur l'interprétation de la clause litigieuse conduit à un résultat suffisamment sûr, il n'est pas besoin de procéder à une interprétation stricte, ni à une interprétation contra stipulatorem. (cf. consid. 4a supra).

Enfin, la transaction n'a pas été invalidée pour vice de consentement. Elle n'est pas non plus soumise à une exigence de forme particulière. Par ailleurs, si, sous réserve des assurances de somme de droit privé, le principe de la non sur-indemnisation existe également en droit privé (cf. ATF np 4A.503/2010 du 20 décembre 2010, consid. 3.2; 4A_168/2007 du 16 juillet 2007, consid. 3.2.5), rien n'interdit à un assureur privé de renoncer à l'application de ce principe. La transaction est donc pleinement valable.

- d. En réclamant néanmoins à l'AI la somme de 17'402 fr. 35 au titre de son droit de recours auquel elle avait pourtant renoncé, la défenderesse a violé ses obligations contractuelles. Cette violation a causé un dommage équivalent au montant que l'AI a retenu sur les prestations dues à la demanderesse. Celle-ci est ainsi fondée à en réclamer le paiement à la défenderesse (cf. art. 97 CO). Cette dernière sera donc condamnée à verser à la demanderesse la somme de 17'402 fr. 35

La défenderesse a admis avoir reçu ce montant "dans les jours qui ont suivi" la décision de l'AI du 24 octobre 2011 (demande, p. 5 n. 36; mémoire-réponse ad 36). Elle n'a contesté ni la date du 24 octobre 2011 à partir de laquelle la demanderesse sollicite des intérêts moratoires de 5% ni la quotité de ceux-ci. Partant, il sera également fait droit à cette prétention.

4. La demanderesse obtenant gain de cause, la défenderesse sera condamnée à lui verser une indemnité de 3'000 fr. à titre de dépens, TVA et débours inclus (art. 106 al. 1 CPC; art. 16, 17 et 18 de la loi d'application du code civil et du code des obligations, du 7 mai 1981 [LaCC ; RS E 1 05] ; art. 84 et 85 du Règlement fixant le tarif des frais en matière civile, RS E 1 05.10).

Il n'est pas perçu de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 114 let. e CPC).

* * *

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare la demande en paiement recevable.

Au fond :

2. Condamne MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA à verser à G_____ la somme de 17'402 fr. 35 avec intérêts à 5% dès le 24 octobre 2011.
3. Condamne MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA à verser à G_____ la somme de 3'000 fr. à titre de dépens.
4. Dit que la procédure est gratuite.
5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110), auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La Présidente

Brigitte BABEL

Florence KRAUSKOPF

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le