



POUVOIR JUDICIAIRE

A/3321/2007

ATAS/624/2008

**ARRET SUR PARTIE**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 1**

**du 27 mai 2008**

En la cause

Monsieur S\_\_\_\_\_, domicilié à MEYRIN, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître RENDA Agrippino

demandeur

contre

MOBILIERE SUISSE, Société d'assurances SA, sise Bundesgasse  
35, case postale, 3001 BERNE, comparant avec élection de  
domicile en l'étude de Maître GRUMBACH Philippe

défenderesses

SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN  
CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, 6002 LUCERNE

ALLIANZ SUISSE SOCIETE D'ASSURANCES, Centre de  
sinistres Genève, sise av. du Bouchet 2 / case postale, 1211  
GENEVE 28

**Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Violaine LANDRY ORSAT et Christine  
TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

### EN FAIT

1. Monsieur S\_\_\_\_\_, travaillait en qualité de nettoyeur à titre indépendant dans le cadre de sa propre entreprise, la société en nom collectif X\_\_\_\_\_NETTOYAGE. Il était assuré en matière d'indemnités journalières en cas d'accidents professionnels et non professionnels auprès de la SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après SUVA). La société avait également conclu une police d'assurance perte de gain maladie collective auprès de ELVIA, devenue ALLIANZ SUISSE (ci-après ALLIANZ).

L'intéressé exerçait par ailleurs une activité d'agent de sécurité auxiliaire au service de la société Y\_\_\_\_\_ SA. Celle-ci l'avait assuré en matière d'indemnités journalières en cas de maladie et d'accidents auprès de la MOBILIERE SUISSE. Trois contrats avaient été conclus : une assurance-accidents obligatoire, une assurance-accidents complémentaire et une assurance perte de gain maladie.

2. Dans le cadre de son activité d'agent de sécurité, le 31 août 2005 à 3 heures du matin, l'intéressé a surpris trois individus agressant une femme. En s'interposant, il a reçu des coups au bas-ventre, dans la région du pubis, au niveau de la poitrine et du bras.

Le 1<sup>er</sup> septembre 2005, alors qu'il entretenait des rapports sexuels avec son épouse, il a subi une déchirure du corps caverneux du pénis.

3. Il a adressé des déclarations de sinistre à la MOBILIERE les 5 septembre et 19 octobre 2005, à la SUVA les 20 septembre, 2 et 18 octobre 2005 et à ALLIANZ le 21 février 2006.
4. Il a repris son travail comme agent de sécurité à plein temps dès le 10 février 2006 et comme nettoyeur à 50% dès le 3 mars 2006 et à 100% dès le 21 mars 2006.
5. Par courrier du 11 octobre 2005, la SUVA a considéré que l'intéressé n'avait pas été victime d'un accident puisqu'il ne s'était rien produit d'extraordinaire, comme une chute, une glissade ou un autre fait particulier. Elle en a ainsi conclu qu'elle n'était pas tenue de verser des prestations.
6. Le 18 octobre 2005, l'assuré a contesté cette prise de position, rappelant que les coups reçus lors de sa patrouille de surveillance avaient fragilisé la veine, qui avait éclaté deux jours après, lors de relations sexuelles.
7. Le 28 octobre 2005, la SUVA a pris note de ce que l'atteinte était en relation avec une altercation survenue dans le cadre de l'activité professionnelle de l'assuré pour le compte de la société Y\_\_\_\_\_ et a dès lors considéré que l'affection était liquidée.

8. Par courrier du 7 février 2006, la MOBILIERE a à son tour fait état de ce qu' "au moment de la déchirure, il ne s'est rien passé que l'on puisse qualifier d'extraordinaire, tels que coups, chute, etc. Il convient de préciser que dans la définition d'accident, la notion de cause extraordinaire se réfère uniquement au facteur extérieur lui-même et non à ses effets sur le corps humain. D'autre part, d'après le certificat médical, vous n'avez pas subi une lésion corporelle assimilée". Elle a ainsi également considéré qu'elle n'était pas tenue de verser des prestations. Elle annonce toutefois que la société Y\_\_\_\_\_ étant également assurée auprès de sa compagnie pour maladie-perte de gain, elle allait traiter ce cas par le biais de cette police. Elle a par ailleurs indiqué que sans nouvelle de l'assuré dans les trente jours, elle considérerait qu'il était d'accord avec sa prise de position. Dans le cas contraire, elle établirait une décision sujette à recours.
  
9. Le 30 août 2007, l'intéressé, représenté par Maître Agrippino RENDA, a déposé auprès du Tribunal de céans une demande en paiement, dirigée contre la MOBILIERE, la SUVA et ALLIANZ, toutes trois prises conjointement et solidairement. Il se plaint en effet de ce que ces trois assurances se renvoient réciproquement la responsabilité du paiement des indemnités à lui verser. Il considère qu'il a été victime d'un accident le 1<sup>er</sup> septembre 2005, accident qui constitue la conséquence médicale directe de la fragilisation du corps caverneux de son organe génital suite à l'agression dont il a été victime dans la nuit du 31 août 2005. C'est en raison de cette fracture péniennne qu'il a été en incapacité de travail. Il réclame dès lors aux assurances le paiement d'indemnités journalières pour perte de gain accident, ainsi que les frais de guérison. Il conclut à ce que soient condamnés, les trois assureurs, conjointement et solidairement, à lui payer, pour les indemnités journalières, la somme de 61'684 fr. avec intérêts à 5% dès le 1<sup>er</sup> septembre 2005, sous déduction des sommes déjà perçues et pour les frais de guérison, la somme de 7'906 fr. 95.
  
10. Par courrier du 5 novembre 2007, la SUVA a déclaré qu'elle avait informé l'intéressé le 28 octobre 2005 de son refus de prendre en charge son cas. Elle admet qu'il lui aurait appartenu de rendre une décision sur opposition en bonne et due forme, mais rappelle qu'une notification irrégulière produit ses effets si elle atteint son but en dépit de l'irrégularité. Constatant que l'intéressé avait consulté un avocat au plus tard le 11 mai 2006, elle relève que le délai de recours de trois mois commençait à courir dès le lendemain. Elle en conclut que la demande en paiement déposée le 30 août 2007 et valant recours contre sa décision du 28 octobre 2005, est irrecevable.

Au fond, elle reprend la déclaration de l'intéressé selon laquelle les troubles dont il souffre, apparus le 1<sup>er</sup> septembre 2005, sont en relation avec l'agression du 31 août 2005 et constate qu'à ce moment, il était assuré, dans le cadre de son activité d'agent de sécurité, par la MOBILIERE ASSURANCES.

11. Par courrier du 11 octobre 2007, ALLIANZ a préalablement indiqué qu'elle avait dû adresser à la société X\_\_\_\_\_ NETTOYAGE une sommation le 22 juillet 2005, lui réclamant le paiement d'un solde de l' "avenant prime unique" de 1'716 fr., échu le 10 juin 2005 et la prime de 1'279 fr. 20, échue le 1<sup>er</sup> juillet 2005, dans les quatorze jours et la menaçant, à défaut, de la suspension de la couverture.

La couverture avait ainsi été suspendue du 6 août 2005 au 28 mars 2006, date à laquelle la société s'était enfin acquittée de l'intégralité des primes dues. Ce qui signifie que le 1<sup>er</sup> septembre 2005, au moment où avait débuté l'incapacité de travail, elle était suspendue. ALLIANZ conclut dès lors principalement au rejet de la demande en paiement.

Subsidiairement, elle se demande si l'événement incriminé doit ou non être qualifié d'accident au sens de l'art. 4 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) et, très subsidiairement, au cas où il serait jugé que les conditions de l'accident n'étaient pas remplies, si l'atteinte à la santé a effectivement occasionné une incapacité de travail après le 15 septembre 2005, soit à l'expiration du délai d'attente de quatorze jours prévu par le contrat. ALLIANZ requiert à cet égard la mise en œuvre d'une expertise médicale auprès d'un urologue.

12. Par courrier du 2 novembre 2007, la MOBILIERE, représentée par Maître Philippe GRUMBACH, s'est également déterminée. Elle considère que la déchirure péniénne que l'intéressé a subie ne peut pas être attribuée à un accident. Elle rappelle du reste qu'elle avait initialement pris en charge le cas de l'intéressé au titre de l'assurance-accidents, mais qu'elle avait par la suite réalisé son erreur et que, le 7 février 2006, elle avait informé l'intéressé qu'elle procédait au transfert de son cas de la police accidents à la police maladie. Or, celui-ci ne s'était pas opposé à cette modification.

La MOBILIERE relève que l'incapacité de travail ne concerne pas l'activité d'agent de sécurité, mais celle de nettoyeur. Elle se réfère à cet égard au rapport établi par le Dr A\_\_\_\_\_, médecin traitant, le 6 mai 2006, aux termes duquel "l'intéressé exerce deux professions : de nuit il est agent de sécurité et le jour il pose et arrache des moquettes et nettoie des bureaux, ce qui demande beaucoup de force physique. Les douleurs résiduelles suite aux deux opérations irradiaient dans la région pubienne et le bas du dos, ce qui le gênait pour se pencher en avant et pour porter des charges".

Selon le rapport du Dr B\_\_\_\_\_ du 31 mars 2006, l'opération pratiquée le 27 janvier 2006 impliquait un arrêt de travail dans toutes les activités professionnelles de l'intéressé pendant au maximum deux semaines, raison pour laquelle la MOBILIERE a expliqué n'avoir pris en charge la perte de gain que du 27 janvier au 10 février 2006.

La MOBILIERE relève également que depuis le 24 juillet 2007, date à laquelle le mandataire de l'intéressé a demandé à consulter l'intégralité du dossier et à connaître la position finale de l'assurance, elle n'a plus été contactée.

Elle considère que la demande de l'intéressé doit être déclarée irrecevable, ce à double titre, en tant qu'elle la vise à la fois en tant qu'assureur-accidents de base obligatoire LAA, et en tant qu'assureur-maladie perte de gain. Elle relève que paradoxalement, l'intéressé se fonde sur les dispositions de LAA pour motiver sa demande, alors qu'il s'adresse à elle en sa qualité d'assureur-maladie perte de gain.

Elle souligne, sur la base des précisions obtenues de ses médecins, que l'incapacité de gain postérieure au 30 novembre 2005 ne concerne pas l'exercice de l'activité d'agent de sécurité, de sorte qu'elle a cessé de prendre en charge la perte de gain, à l'exception d'une incapacité de gain de quinze jours du 27 janvier au 10 février 2006. S'agissant des frais de guérison, elle considère qu'il appartient à PHILOS, l'assurance-maladie de base, d'intervenir.

13. Les réponses des trois assurances ont été communiquées à l'assuré et la cause gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. c LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal), et à l'assurance-accident obligatoire prévue par la loi fédérale sur l'assurance-accident du 20 mars 1981 (LAA). Cette compétence couvre l'ensemble des contestations relatives aux assurances complémentaires, que celles-ci soient offertes par un assureur social ou par un assureur privé (arrêt du Tribunal fédéral non publié du 8 février 2007, 5P.359/2006). Le Tribunal cantonal des assurances sociales est ainsi saisi de l'ensemble du contentieux en matière d'assurances complémentaires privées, tant dans le domaine de l'assurance-maladie que dans celui de l'assurance-accidents. Le Tribunal des conflits a au demeurant expressément constaté la compétence du Tribunal de céans en matière d'assurance d'indemnités journalières soumise à la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (LCA; ACOM/42/2006 du 13 juin 2006; ACOM/55/2005 du 26 août 2005).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-accidents. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où

les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Dans la mesure où l'incapacité de travail de l'assuré a débuté en 2005, ces principes de droit intertemporel commandent l'examen du présent litige à la lumière des nouvelles dispositions de la LPGA. Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

3. La LCA a subi des modifications, en vigueur depuis le 1er janvier 2006. Cependant, du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits. Dès lors les dispositions de la LCA seront citées dans leur teneur en vigueur au moment des faits déterminants.
4. La SUVA, auprès de laquelle l'intéressé est couvert contre le risque d'accidents professionnels, conformément à la LAA, a informé l'assuré le 11 octobre 2005 qu'elle refusait de prendre en charge son cas. Force est de constater que son courrier du 28 octobre 2005, aux termes duquel elle a confirmé son refus ne constitue pas formellement une décision ; elle ne comporte en particulier pas les voies de droit.
5. Selon l'article 49 al. 3 LPGA, les décisions doivent indiquer les voies de droit et une notification irrégulière ne peut entraîner aucun préjudice pour les parties, de sorte que la décision affectée d'un tel vice doit en principe être considérée comme nulle. Toutefois, selon la jurisprudence, on ne peut dire que toute notification irrégulière soit nécessairement nulle; le principe légal a bien plutôt pour effet que la protection recherchée est déjà réalisée lorsqu'une notification objectivement irrégulière atteint son but malgré cette irrégularité; c'est pourquoi il faut, d'après les circonstances concrètes du cas d'espèce, examiner si la partie intéressée a réellement été induite en erreur par l'irrégularité de la notification et a, de ce fait, subi un préjudice. A cet égard, il y a lieu de s'en tenir aux règles de la bonne foi, qui imposent une limite à l'invocation d'un vice de forme (ATF K140/2004 du 1er février 2005, c. 3.1 et références). En particulier, il n'y a pas de protection pour la partie dont l'avocat eût pu déceler l'erreur à la seule lecture du texte légal (ATF Ib 326 c. 1c p. 330), sans recourir à la jurisprudence ou à la doctrine (ATF 119 IV 330 c. 1 c, p. 333, 117 Ia 297 c. 2, p. 299 et 421 c. 2b pp. 422-423).

C'est pourquoi une première maxime est que le vice n'a pas de sanction s'il peut être réparé sans préjudice pour les parties. Un recours tardif sera néanmoins jugé recevable, si la décision n'est pas munie de l'indication du délai, lorsque la loi exige cette mention, ou si elle indique un délai trop long, ou enfin si elle n'a pas été notifiée au recourant. Si l'indication de l'autorité de recours compétente est erronée, on doit admettre comme expression du principe de la bonne foi que le recours mal adressé doit lui être transmis. De manière générale, on applique à une indication

erronée les règles sur les renseignements inexacts, telles qu'elles découlent du principe de la bonne foi ; en particulier, l'intéressé doit agir dans un délai raisonnable dès qu'il a connaissance, de quelque manière que ce soit, de la décision qu'il conteste (Pierre MOOR, Droit administratif, Vol. II, Les actes administratifs et leur contrôle, 2<sup>ème</sup> édition mise à jour et augmentée, Staempfli Editions SA Berne, 2002).

Les parties s'informeront des moyens d'attaquer la décision qui les passe sous silence (ATF 106 V 97 ; 104 V 167 ; 98 V 278 ; JAAC 1979 N° 60, 1978 N° 96 ; JAB 1977 p. 186 s.). Il faut et il suffit que leur comportement soit adapté aux circonstances (cf. ATF 102 Ib 92 ss ; 98 Ib 17 ; 96 I 692). Ce serait manquer de bonne foi que d'invoquer son ignorance sans s'être adressé au préalable à l'auteur de la décision défectueuse. A partir du jour où elles ont été dûment renseignées, les parties respecteront le délai légal (André GRISEL, Traité de droit administratif, Vol II, Ed. Ides et Calendes, Neuchâtel).

6. Aux termes de l'art. 56 al. 1 LPGA, le recours auprès du Tribunal de céans est ouvert contre les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte. Le recours peut également être formé lorsque l'assureur, malgré la demande de l'intéressé, ne rend pas de décision ou de décision sur opposition (art. 56 al. 2 LPGA). Le recours doit être déposé dans les 30 jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA). En dérogation à la LPGA toutefois, l'art. 106 LAA prévoit un délai de recours de trois mois.
7. En l'espèce, l'intéressé n'a certes pas recouru contre la prise de position de la SUVA du 28 octobre 2005. Il a en revanche saisi directement le Tribunal de céans d'une demande en paiement. Cette demande pourrait ainsi être assimilée à un recours interjeté contre le courrier du 28 octobre 2005, lui-même valant décision.

Il s'agit à ce stade de déterminer si ce recours interjeté le 30 août 2007, soit environ deux ans après, l'a été dans un délai raisonnable. Le Tribunal de céans considère, au vu de ce qui précède, que tel n'est pas le cas. Il y a lieu de rappeler à cet égard que l'intéressé n'allègue pas ne pas avoir reçu le courrier du 28 octobre 2005. Il peut être admis qu'il a ainsi immédiatement eu connaissance de la prise de position de la SUVA. Il lui appartenait d'agir avec plus de diligence. Il ne saurait en effet considérer, de bonne foi, qu'il avait la possibilité de contester l'avis de la SUVA, si longtemps après, ce même si les moyens de droit n'étaient pas indiqués.

8. La demande en paiement dirigée contre la SUVA, quand bien même elle serait assimilée à un recours, est en conséquence irrecevable.

**PAR CES MOTIFS,  
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant sur partie**

1. Déclare la demande en paiement dirigée contre la SUVA irrecevable.
2. Réserve la suite de la procédure quant à la demande en paiement dirigée contre la MOBILIERE et ALLIANZ.
3. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (av. du Tribunal Fédéral 29, Case postale, 1000 Lausanne 14), par la voie du recours en matière civile, conformément aux art. 72 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); 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 :

Marie-Louise QUELOZ

Doris WANGELER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances privées par le greffe le