

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3321/2007

ATAS/1453/2009

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 1**

**du 24 novembre 2009**

En la cause

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

recourant

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

intimés

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

**Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Evelynne BOUCHAARA et Christine  
TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Monsieur S\_\_\_\_\_, né en 1971, travaillait en qualité de nettoyeur à titre indépendant dans le cadre de sa propre entreprise, la société en nom collectif X\_\_\_\_\_. 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\_\_\_\_\_ Société de sécurité 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.
3. 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. Les Docteurs A\_\_\_\_\_ et B\_\_\_\_\_ ont diagnostiqué une fracture pénienne et un status après circoncision dans l'enfance et ont pratiqué une intervention chirurgicale le 2 septembre 2005.
4. L'assuré 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. Dans le courrier qu'il a adressé à la SUVA et à La MOBILIERE le 18 octobre 2005, l'assuré, narrant les faits, a notamment indiqué que "les coups que j'ai reçus m'ont provoqué des douleurs, mais je ne m'en suis pas inquiété. Deux jours après cet événement, lors de relations sexuelles, un vaisseau sanguin fragilisé éclata et causa le dommage que vous connaissez. Je n'ai jamais eu le moindre problème de cette nature dans cette région du corps jusqu'à ce jour-là. Les coups qui m'ont été portés lors de cette bagarre ont favorisé la fragilité de la veine. La cause véritable de l'accident que j'ai eu a pour origine les coups reçus pendant mon travail. Il aura fallu un effort anodin pour révéler cette fragilité."
5. 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.

6. 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.
7. 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.
8. 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'affaire était liquidée.
9. L'assuré a subi une nouvelle intervention le 27 janvier 2006, consistant en une incision à un millimètre du sillon au niveau de la peau saine, une excision d'un tissu eudemacié et par endroit scléreux, une hémostase soigneuse, ainsi qu'une suture cutanée aux muqueuses au Cparosyl 3.0.
10. Par courrier du 7 février 2006, la MOBILIERE a à son tour fait état de ce que "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.
11. Le 15 février 2006, le Dr C\_\_\_\_\_ a informé La MOBILIERE que "ce patient a été victime d'une agression avec traumatisme de la verge le 30 août 2005".
12. Interrogé par La MOBILIERE, le Dr D\_\_\_\_\_ a indiqué le 6 mai 2006 que l'assuré "a été victime le 30 août 2005 (dans le cadre de ses activités professionnelles d'agent de sécurité) d'une agression en voulant secourir une femme qui était frappée dans un parking et au cours de la lutte, il a reçu des coups dans le bas ventre et au niveau du pubis. Et c'est deux jours plus tard qu'en faisant l'amour avec son épouse, il s'est fracturé le corps pénien probablement fragilisé par les coups reçus précédemment. J'ai vu en urgence le patient le 1<sup>er</sup> septembre 2005, il présentait une volumineuse tuméfaction de la verge avec un hématome circonférentiel. J'ai adressé immédiatement le patient en policlinique d'urologie. Il sera examiné puis opéré par le Dr F. A\_\_\_\_\_. Il subira une révision pénienne

et une suture de la déchirure de l'albuginé. Malheureusement la région pubienne et le pénis restaient très douloureux car il persistait sur le pénis une cicatrice hypertrophique qui suintait et comme en policlinique on ne proposait aucune solution, j'ai adressé *le patient* au Dr E. \_\_\_\_\_ spécialiste en urologie. Ce dernier va proposer au patient une excision de la cicatrice hypertrophique avec plastie au niveau du pénis. Cette opération sera effectuée en janvier 2006. Malheureusement les douleurs résiduelles vont durer plusieurs mois. *Le patient* 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, en plus la plaie a mis beaucoup de temps à cicatriser."

13. 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 pénienne 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.
14. Par courrier du 5 novembre 2007, la SUVA a rappelé 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.

15. Par courrier du 11 octobre 2007, ALLIANZ a préalablement indiqué qu'elle avait dû adresser à la société X\_\_\_\_\_ 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.

16. 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 F\_\_\_\_\_, 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".

Toutefois, considérant que selon le rapport du Dr C\_\_\_\_\_ 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, elle 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.

17. Par arrêt sur partie du 27 mai 2008, le Tribunal de céans a déclaré la demande en paiement dirigée contre la SUVA le 30 août 2007, irrecevable, quand bien même elle serait assimilée à un recours interjeté contre la prise de position du 28 octobre 2005.
18. Le 12 décembre 2008, le Tribunal fédéral a rejeté le recours déposé par l'assuré contre cet arrêt sur partie. Il lui a reproché de n'avoir pas requis de l'assureur une décision formelle contre laquelle il aurait pu recourir, ce dans le délai d'une année consacré par la jurisprudence. Il a ainsi considéré que la demande était irrecevable au regard des art. 49 et 51 LPGA.
19. Le 26 mars 2009, le Tribunal de céans a repris l'instance.
20. L'assuré s'est déterminé le 19 juin 2009, suite aux écritures de ALLIANZ du 11 octobre 2007 et de La MOBILIERE du 2 novembre 2007 comme suit :

Il conteste la suspension de la couverture alléguée par ALLIANZ du 6 août 2005 au 28 mars 2006, au motif que son employeur avait versé le 8 novembre 2005 un montant équivalant à la prime de l'année 2004 et du dernier semestre 2006.

Il considère que le courrier de La MOBILIERE du 7 février 2006 n'appelait aucune réaction particulière de sa part, contrairement à ce qui est allégué par La MOBILIERE, dès lors que celle-ci se limitait à l'informer de ce qu'elle ne considérait pas son cas comme relevant de l'assurance-accident, mais de l'assurance-maladie. Sa requête en paiement dirigée contre La MOBILIERE en sa qualité d'assurance-accident LAA obligatoire est ainsi à son avis parfaitement recevable et fondée.

S'agissant de La MOBILIERE, prise en qualité d'assurance maladie perte de gain, il souligne qu'il n'a pas les connaissances médicales nécessaires pour déterminer si ses prétentions ressortent d'un cas de maladie ou d'un accident. Il lui semble toutefois, sur la base des indications figurant au dossier, que son cas relève bel et bien de l'assurance accident LAA obligatoire.

L'assuré relève enfin que, contrairement à ce que soutient La MOBILIERE, il ne ressort d'aucun avis médical que son incapacité de travail ne visait que l'une de ses deux activités professionnelles.

21. Dans sa duplique du 5 août 2009, ALLIANZ a relevé que la somme dont l'employeur de l'assuré s'est effectivement acquittée le 8 novembre 2005, n'a été versée qu'après la survenance du cas d'assurance le 1<sup>er</sup> septembre 2005. Elle se réfère à cet égard à l'art. 9 LCA qui considère comme nul le contrat d'assurance si, au moment où il a été conclu, le risque avait déjà disparu ou si le sinistre était déjà survenu, étant précisé que cette disposition légale s'applique également aux cas de remise en vigueur d'un contrat à la suite du paiement de la prime en souffrance après une suspension, selon l'art. 20 al. 3 LCA.

ALLIANZ considère que l'éventuelle incapacité de travail due à la lésion dont a souffert l'assuré le 1<sup>er</sup> septembre 2005 n'a pas été clairement établie, les certificats des médecins traitants étant contradictoires.

Elle rappelle enfin que la couverture dont il est question prévoit un délai d'attente de quatorze jours et que l'incapacité de travail pouvant être justifiée ne dépasse pas ce délai d'attente tant lors de la première période envisageable que lors de celle suivant la deuxième intervention.

22. Dans sa duplique du 4 septembre 2009, La MOBILIERE a, quant à elle, rappelé qu'elle n'a pas rendu de décision sur opposition dans le cas d'espèce, que dès lors l'assuré ne peut saisir directement le Tribunal de céans d'une demande en paiement. Elle souligne que ce qui est arrivé à l'assuré le 1<sup>er</sup> septembre 2005 ne constitue pas un accident au sens de l'art. 6 al. 1 LAA, faute de facteurs extérieurs. Elle considère quoiqu'il en soit que les chiffres allégués par l'assuré, tant pour le calcul de l'indemnité journalière LAA, que pour celui de l'indemnité journalière LCA qui lui seraient dues ne correspondent pas aux méthodes de calculs prévues par la loi. Elle conteste par ailleurs devoir verser à l'assuré des intérêts moratoires le cas échéant.

Elle précise qu'elle a mis un terme au versement des indemnités journalières dès le 1<sup>er</sup> décembre 2005, dès lors que l'incapacité de gain ne concernait plus la profession d'agent de sécurité. Elle a toutefois pris en charge une incapacité de gain de quinze jours du 27 janvier au 10 février 2006. Elle considère qu'elle a ainsi largement versé les prestations qu'elle devait en application de la police d'assurance-maladie collective conclue en faveur de l'assuré pour autant que le Tribunal de céans arrive à la conclusion que l'assuré a souffert d'une maladie.

23. Les courriers de ALLIANZ et de La MOBILIERE ont été transmis à l'assuré.
24. Sur ce, la cause a été 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 société X\_\_\_\_\_ a conclu une police d'assurance perte de gain maladie collective auprès de ALLIANZ. L'intéressé peut donc saisir directement l'autorité judiciaire (art. 87 LCA). Son action doit être intentée dans les deux ans à dater du fait d'où naît l'obligation qui dérive du contrat d'assurance (art. 46 al. 1, 1<sup>ère</sup> phrase LCA), ce délai pouvant être interrompu selon les règles générales du droit privé. Le juge établit d'office les faits et apprécie librement les épreuves (art. 47 al. 2 in fine de la loi fédérale sur la surveillance des institutions d'assurance privées du 23 juin 1978 – LSA). En déposant la demande en paiement le 30 août 2007, l'intéressé a agi dans le délai de deux ans, de sorte qu'elle est recevable.
5. La société pour laquelle l'intéressé travaillait en qualité d'agent de sécurité avait assuré ses salariés en matière d'indemnité journalière en cas de maladie et d'accidents auprès de la MOBILIERE.

La MOBILIERE a rappelé que lorsque le 7 février 2006, elle avait informé l'intéressé de ce qu'elle entendait transférer son cas sous la police d'assurance-maladie collective, elle lui avait imparti un délai de 30 jours pour se déterminer et plus particulièrement pour exiger, le cas échéant, la notification d'une décision.

L'intéressé n'ayant pas réagi, la MOBILIERE a alors procédé au décompte des prestations qu'elle considérait comme dues.

Dans sa réplique du 19 juin 2009, l'assuré considère au contraire qu'il n'avait pas à se manifester suite au courrier du 7 février 2006, et que sa demande en paiement contre La MOBILIERE sur la base de la LAA est parfaitement fondée.

Il y a cependant lieu, pour les mêmes motifs que ceux développés à propos de la SUVA, dans l'arrêt sur partie du 27 mai 2008, s'agissant du contrat portant sur l'assurance-accidents obligatoire, de constater que l'intéressé n'est pas en droit de saisir le Tribunal de céans d'une demande en paiement, plus d'une année après la prise de position de l'assureur, et sans avoir demandé, comme il le lui a été expressément proposé, et comme le prévoit l'art. 51 al. 2 LPGa, la notification d'une décision formelle contre laquelle il aurait pu recourir.

Sa demande ne peut en conséquence que viser La MOBILIERE en tant qu'assureur-maladie perte de gain et non pas en tant qu'assureur-accident obligatoire LAA.

Il s'agit alors de déterminer si la demande a été déposée conformément à l'art. 87 LCA. Tel n'est pas le cas selon La MOBILIERE, puisqu'elle porte sur une créance semblant être fondée sur les dispositions de la LAA, alors qu'elle devrait l'être sur celles de la LCA. Aussi La MOBILIERE considère-t-elle que la demande la visant en sa qualité d'assureur-maladie perte de gain est elle aussi irrecevable.

L'assuré souligne à cet égard qu'il n'a pas les connaissances médicales nécessaires pour savoir si son cas relève de l'accident ou de la maladie. Il constate cependant

que tout semble indiqué, sur la base des rapports figurant dans le dossier, qu'il s'agit d'un accident.

Il est vrai que l'assuré se fonde, dans sa demande en paiement dirigée contre La MOBILIERE, sur les dispositions de la LAA, alors qu'il s'adresse à elle en tant qu'assureur-perte de gain. Il y a cependant lieu de rappeler à cet égard qu'en vertu de la maxime d'office, l'administration et le juge doivent veiller d'office à l'établissement exact et complet des faits pertinents. Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994, p. 220). Les parties sont donc en principe - sous réserve du devoir de collaborer à l'instruction de l'affaire - dispensées de l'obligation de prouver (ATF 125 V 195). Pour autant, elles ne sont pas libérées du fardeau de la preuve, en ce sens qu'en cas d'absence de preuve, la décision sera défavorable à la partie qui voulait déduire un droit de l'état de fait non prouvé (ATF 117 V 264).

S'agissant des questions de droit, il va de soi que le Tribunal de céans applique les dispositions légales et réglementaires topiques, quelles que soient celles qui sont invoquées par l'intéressé. La demande dirigée contre La MOBILIERE est partant recevable (art. 46 et 87 LCA).

6. L'objet du litige au fond porte sur le droit de l'intéressé à des prestations suite à la fracture péniennne survenue le 1<sup>er</sup> septembre 2005.
7. ALLIANZ considère que la demande en paiement doit être rejetée en ce qui concerne, du fait que lorsque l'incapacité de travail a débuté, soit le 1<sup>er</sup> septembre 2005, la couverture de prestation était suspendue.
8. Aux termes de l'art. 20 al. 1 LCA, si la prime n'est pas payée à l'échéance ou dans le délai de grâce accordée par le contrat, le débiteur doit être sommé par écrit, à ses frais, d'en effectuer le paiement dans les quatorze jours à partir de l'envoi de la sommation. Celle-ci doit rappeler les conséquences du retard. Selon l'al. 3 de cette disposition, l'obligation de l'assureur est suspendue à partir de l'expiration du délai légal, si la sommation reste sans effet. L'art. 20 LCA est une disposition légale semi-impérative et peut donc être modifiée conventionnellement en faveur de l'assuré (CARRE, Commentaire sur le contrat d'assurance, Lausanne 2000, p. 210; DE MESTRAL, La prime et son paiement, Université de Lausanne 2000, pp. 115 et 121).

Cette disposition est reprise dans les CGA de la défenderesse. Ainsi, l'art. 67 CGA de l'édition 1996 prévoit que si la prime n'est pas payée à l'échéance, le preneur d'assurance reçoit une sommation de verser la prime dans un délai de 14 jours à partir de l'envoi de la sommation, laquelle lui rappelle les conséquences de son retard. A défaut de paiement, le droit aux prestations est suspendu dès l'expiration de ce délai et jusqu'au paiement complet de la prime arriérée, ainsi que des intérêts et frais.

Le but de l'art. 20 LCA est de tenir compte des intérêts de l'assureur de ne pas devoir fournir la couverture d'assurance sans contre-prestation (principe de l'équivalence) et du besoin du preneur d'assurance de ne pas perdre la protection d'assurance de façon inattendue (HAZENBÖHLER, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, commentaire, Bâle 2001, n° 1 ad art. 20 LCA). La suspension de la couverture d'assurance a été prévue par la loi pour tenir compte des particularités de l'assurance: le recouvrement juridique de la prime n'est pas compatible avec la nature de l'exploitation de l'assureur, lequel doit pouvoir compter sur le paiement ponctuel des primes (Message du Conseil fédéral sur le projet d'une loi fédérale concernant le contrat d'assurance, FF 1904 I 267 ss, 317). L'art. 20 LCA offre à l'assureur une procédure légale de mise en demeure simple et efficace, pour lui permettre d'encaisser la prime ou de résilier le contrat (DE MESTRAL, op. cit., p. 111).

Parallèlement, c'est pour sauvegarder d'une manière convenable les intérêts du débiteur face aux conséquences économiques rigoureuses sans équivalent dans le droit commun, que représente la suspension de la couverture d'assurance, que le législateur a rompu avec le système de la demeure suivant le droit commun - en vertu duquel l'interpellation du débiteur n'aurait même pas été nécessaire, s'agissant d'une dette échue à un terme fixe (art. 108 ch. 3 du Code des obligations du 30 mars 1911 (ci-après CO)) - en prescrivant l'envoi d'une sommation répondant à des exigences strictes quant à sa forme et à son contenu (ATF 128 III 186, consid. 2d; HAZENBÖHLER, op. cit., n° 11 ad art. 20 LCA; CARRE, op. cit., p. 211).

En tant qu'acte juridique unilatéral comportant l'exercice d'un droit formateur, la sommation est sujette à réception et il appartient à l'assureur de le prouver (art. 8 CC; HAZENBÖHLER, op. cit., n° 24 ad art. 20 LCA; VIRET, Droit des assurances privées, Berne 1991, p. 114; CARRON, La loi fédérale sur le contrat d'assurance, Fribourg 1997, p. 62). C'est donc à l'assureur qui entend obtenir la suspension de son obligation d'établir que la sommation a été notifiée au preneur d'assurance. A défaut d'une telle preuve, notamment par le fait qu'elle aurait été adressée sous pli simple, il est admis que le contrat a continué de déployer ses effets, car s'il appartient au preneur d'établir les faits générateurs d'obligations pour l'assureur, il incombe principalement à celui-ci de prouver les faits de nature à le libérer. Vu les conséquences rigoureuses qu'elle entraîne pour le preneur d'assurance, la réception

de la sommation ne doit pas être admise facilement (HAZENBÖHLER, op. cit., n° 25 ad art. 20 LCA).

Quant au contenu de la sommation, pour que cette dernière soit valable, elle doit indiquer le montant dont l'assureur exige le paiement à titre de prime arriérée ainsi que le montant des intérêts et des frais de sommation qui s'y ajoutent (HAZENBÖHLER, op. cit., n° 39 ad art. 20 LCA). La sommation doit rappeler toutes les conséquences du retard, à savoir la suspension de la couverture d'assurance à partir de l'expiration du délai légal, ainsi que le droit de l'assureur de résilier le contrat en application de l'art. 21 al. 1 LCA (ATF 128 III 187 consid. 2). C'est à l'assureur qui fait valoir la suspension de la couverture d'assurance, ou son droit de résilier le contrat, qu'il incombe d'apporter la preuve que la sommation adressée au preneur comportait bien toutes les indications prescrites par la loi (art. 8 CC; HAZENBÖHLER, op. cit., n° 39 ad art. 20 LCA). En raison des conséquences très lourdes du non-paiement des primes et de la fonction protectrice de l'assuré dans la procédure de demeure instaurée par l'art. 20 LCA, il y a lieu d'avoir des exigences très sévères quant à la clarté d'une sommation légale (ATAS/31/2005 du 19 janvier 2004).

9. En l'espèce, une sommation a été adressée à l'intéressé le 22 juillet 2005, portant sur des primes échues au 10 juin 2005 et au 1<sup>er</sup> juillet 2005. A défaut de paiement dans le délai imparti au 6 août 2005, ALLIANZ a confirmé le 12 août 2005, que la couverture des prestations était suspendue depuis le 6 août 2005.

Il y a lieu de relever que la sommation notifiée à l'intéressé l'a été conformément aux dispositions légales et à la jurisprudence susmentionnées. Le droit aux prestations de celui-ci a dès lors été valablement suspendu.

L'intéressé conteste qu'il y ait eu suspension de la couverture d'assurance, rappelant que la société en nom collectif X\_\_\_\_\_ s'était acquittée d'une somme de 2'995 fr. 20 en date du 8 novembre 2005. Or, selon l'art. 9 LCA, s'appliquant également aux cas de remise en vigueur d'un contrat à la suite d'une suspension de la couverture au sens de l'art. 20 LCA, le contrat d'assurance est nul si au moment où il a été conclu le risque avait déjà disparu ou si le risque était déjà survenu. Ainsi, le paiement d'une prime d'assurance-vie après le décès de la personne assurée ne permet pas au bénéficiaire de reconstituer son droit à la prestation (cf. loi fédérale sur le contrat d'assurance avec annotations et jurisprudence, Olivier CARRE, mai 2000, ad. art. 9).

Le Tribunal de céans ne peut en conséquence que constater que lorsque l'événement dont il est question dans la présente cause est survenu, la couverture était suspendue.

Aussi la demande dirigée contre ALLIANZ doit-elle être rejetée pour ce motif.

10. Reste à examiner la demande dirigée contre La MOBILIERE. Il y a lieu à ce stade de trancher la question de la qualification de l'événement ayant causé l'atteinte à la santé dont a été victime l'intéressé.
11. Le chiffre B.1.1 des conditions générales pour l'assurance collective d'indemnité journalière maladie, édition 2000, de La MOBILIERE, définit la maladie comme étant toute atteinte involontaire à la santé, constatée par un médecin et qui n'est pas la conséquence d'un accident ou de ses suites.

Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). Il résulte de la définition même de l'accident que le caractère extraordinaire de l'atteinte ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Dès lors, il importe peu que le facteur extérieur ait entraîné, ou non, des conséquences graves ou inattendues. Le facteur extérieur est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède, dans le cas particulier, le cadre des événements et des situations que l'on peut, objectivement, qualifier de quotidiens ou d'habituels (ATF 129 V 404 consid. 2.1; 122 V 233 consid. 1; 121 V 38 consid. 1a et les références). Pour les lésions dues à l'effort (soulèvement, déplacement de charges notamment), il faut examiner de cas en cas si l'effort doit être considéré comme extraordinaire, en tenant compte de la constitution physique et des habitudes professionnelles ou autres de l'intéressé (ATFA non publié du 15 octobre 2004, cause U 9/04). Il n'y a pas d'accident lorsque l'effort en question ne peut entraîner une lésion qu'en raison de facteurs préexistants, car c'est alors une cause interne qui agit, tandis que la cause extérieure – souvent anodine – ne fait que déclencher la manifestation du facteur pathologique (ATF 116 V 139 consid. 3b et les références).

Le critère du facteur extérieur extraordinaire peut résulter d'un mouvement non coordonné. Lorsque le déroulement naturel du mouvement est influencé par un phénomène extérieur (mouvement non programmé), l'exigence d'une incidence extérieure est en principe remplie. Dans cette hypothèse, l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire doit être admise. En effet, le facteur extérieur, soit l'interaction entre le corps et l'environnement, constitue en même temps le facteur extraordinaire en raison de l'interruption du déroulement naturel du mouvement (ATF 130 V 118 consid. 2.1). Le caractère extraordinaire peut ainsi être admis lorsque l'assuré s'encoule, glisse ou se heurte à un objet, ou encore lorsqu'il exécute ou tente d'exécuter un mouvement par réflexe pour éviter une chute (RAMA 2004 n° U 502 p. 184 consid. 4.1 in fine, 1999 n° U 345 p. 422 consid. 2b).

L'exigence d'un facteur dommageable extérieur n'est pas remplie lorsque l'assuré fait état de douleurs, apparues pour la première fois, après avoir accompli un geste

---

de la vie courante (en se levant, en s'asseyant, en se couchant, en se déplaçant dans une pièce, etc.), à moins que ce geste n'ait requis une sollicitation du corps, en particulier des membres, plus élevée que la normale du point de vue physiologique et dépasse ce qui est normalement maîtrisé de ce point de vue. La notion de cause extérieure suppose en effet un événement générant un risque de lésion accru. Tel est le cas, notamment, lors d'un changement de position du corps, qui est fréquemment de nature à provoquer des lésions corporelles selon les constatations de la médecine des accidents (brusque redressement du corps à partir de la position accroupie, accomplissement d'un geste violent ou d'un mouvement en étant lourdement chargé, changement de position corporelle de manière incontrôlée sous l'influence de phénomènes extérieurs (ATFA non publié du 23 novembre 2004, U 315/03).

Par ailleurs, lorsque la lésion se limite à une atteinte corporelle interne qui pourrait également survenir à la suite d'une maladie, le mouvement non coordonné doit en apparaître comme la cause directe selon des circonstances particulièrement évidentes (RAMA 1999 n° U 345 p. 422 consid. 2b et les références). En particulier, dans le cas d'une lésion survenue dans l'exercice d'un sport, le critère du facteur extraordinaire et, partant, l'existence d'un accident, doivent être niés en l'absence d'un événement particulier (ATF 130 V 118 consid. 2.2 et les nombreux arrêts cités ; ATFA non publié du 14 avril 2005, U 164/04).

12. Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. En vertu de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA), qui prévoit que les lésions suivantes sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire :

- a. les fractures, dans la mesure où elles ne sont pas manifestement causées par une maladie;
- b. les déboîtements d'articulations;
- c. les déchirures du ménisque;
- d. les déchirures de muscles
- e. les froissements de muscles;
- f. les déchirures de tendons;
- g. les lésions de ligaments;
- h. les lésions du tympan.

Cette liste des lésions assimilées à un accident est exhaustive (ATF 116 V 140 consid. 4a; 147 consid. 2b, et les références). La notion de lésion assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Aussi les assureurs-accidents LAA doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie (ATF 123 V 44 ss consid. 2b; 116 V 147 ss consid. 6c; 114 V 301 consid. 3c; RAMA 2001 n° U 435 p. 332; 1988 n° U 57 p. 373 consid. 4b et les références citées dans ces arrêts).

13. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. Il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a).
14. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins de la SUVA aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 ss. consid. 3b/ee). Par ailleurs, en ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).
15. Les explications d'un assuré sur le déroulement d'un fait allégué sont au bénéfice d'une présomption de vraisemblance. Il peut néanmoins arriver que les déclarations successives de l'intéressé soient contradictoires entre elles. En pareille circonstance, selon la jurisprudence, il convient de retenir la première affirmation, qui correspond généralement à celle que l'assuré a faite alors qu'il n'était pas encore conscient des conséquences juridiques qu'elles auraient, les nouvelles explications pouvant être,

consciemment ou non, le produit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 47 consid. 2a et les références; VSI 2000 p. 201 consid. 2d).

16. En l'espèce, il y a lieu de rappeler que La MOBILIERE a dans un premier temps considéré le cas du demandeur sous l'angle de l'accident non professionnel au sens de la LAA. Elle a toutefois informé l'assuré, par courrier du 7 février 2006, qu'elle prendrait en charge son cas comme un cas de maladie, constatant qu'en réalité l'atteinte dont celui-ci souffrait ne pouvait être due à un accident, dans la mesure où il n'y avait pas eu l'intervention d'un facteur extérieur extraordinaire.

Selon La MOBILIERE, le fait que l'assuré n'ait pas réagi lorsqu'elle l'a informé de ce que son cas serait dorénavant traité comme un cas-maladie vient du reste confirmer qu'il ne s'agit pas d'un accident.

L'assuré quant à lui a clairement expliqué qu'il avait ressenti de violentes douleurs lors de l'agression, mais que ce n'est qu'au moment où il avait eu des rapports sexuels, deux jours après, que la "veine du pénis avait éclaté."

Tant le Dr C \_\_\_\_\_ que le Dr D \_\_\_\_\_ ont considéré que la fracture du corps pénien était liée à l'agression. Selon le Dr C \_\_\_\_\_ en effet, "ce patient a été victime d'une agression avec traumatisme de la verge le 30 août 2005" (courrier du 15 février 2006). Il mentionne l'agression dans son rapport opératoire du 27 janvier 2006 en relation avec la révision de la verge aux HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE en août 2005. Le Dr D \_\_\_\_\_ parle quant à lui d'une fracture du corps pénien "probablement fragilisé par les coups reçus précédemment."

Il apparaît au vu de ce qui précède inutile d'ordonner l'ouverture d'enquêtes qui ne sauraient éclaircir davantage les faits. Il y a lieu de retenir que la déchirure pénienne survenue lors des rapports sexuels est la manifestation d'un facteur préexistant, soit la fragilisation du corps pénien dus aux coups portés au bas-ventre par les agresseurs le 31 août 2005, ce qui, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral susmentionnée, exclut qu'il y ait eu accident.

Reste à déterminer si l'atteinte subie pourrait être la conséquence de mouvements "non coordonnés" durant l'acte sexuel. L'assuré ne l'allègue pas et rien ne permet de tenir cette hypothèse pour établie.

Il y a également lieu de constater que l'atteinte à la santé ne constitue pas une lésion assimilée au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA. Force est ainsi de conclure que la déchirure pénienne n'est pas due à un accident.

17. Aux termes du chiffre C.1.1 des Conditions générales, Assurance collective d'indemnité journalière maladie, édition 2000 (CGA), l'indemnité journalière est servie pour chaque jour d'incapacité de gain temporaire dûment constatée par un

médecin ; son montant dépend du degré d'incapacité de travail. Le chiffre C.1.2 précise que l'obligation de servir des prestations commence à l'expiration du délai d'attente et à la condition que la personne assurée fasse encore partie du cercle des personnes assurées à l'expiration dudit délai. Le délai d'attente commence le jour où l'incapacité de gain a été attestée par le médecin, mais au plus tôt 7 jours avant la date de l'examen médical. Les jours d'incapacité de gain partielle sont considérés comme des jours entiers dans le calcul du délai d'attente.

Le délai d'attente a été fixé à 14 jours par cas d'assurance, pour les agents fixes, selon le contrat conclu par la société Y\_\_\_\_\_, société de sécurité SA, auprès de La MOBILIERE, et l'indemnité journalière représente les 80% du salaire journalier.

18. Selon les certificats établis par le Dr D\_\_\_\_\_ des 5 et 9 septembre 2005, du 14 octobre 2005, du 22 novembre 2005 et des 3 et 21 mars 2006, l'assuré a subi les incapacités de travail suivantes :

Du 1<sup>er</sup> septembre au 19 octobre 2005 à 100% ;  
Du 20 octobre au 10 novembre 2005 à 50% ;  
Du 11 novembre 2005 au 2 mars 2006 à 100% ;  
Du 3 mars au 20 mars 2006 à 50% ;  
Dès le 21 mars 2006 à 0%.

La MOBILIERE a mis un terme au versement des indemnités journalières dès le 1<sup>er</sup> décembre 2005, considérant que l'incapacité de gain au delà de cette date ne concernait plus la profession d'agent de sécurité, mais seulement celle de nettoyeur. Elle se fonde à cet égard sur le rapport du Dr F\_\_\_\_\_, selon lequel les douleurs dont se plaignait son patient le gênaient pour se pencher en avant et pour porter des charges. Elle relève en revanche que, selon le Dr C\_\_\_\_\_, l'intervention du 27 janvier 2006 a entraîné deux semaines d'incapacité de gain, quelle que soit l'activité envisagée, raison pour laquelle elle a admis qu'elle devait également assumer les indemnités journalière durant cette incapacité de gain, soit du 27 janvier au 10 février 2006. Aussi a-t-elle calculé, compte tenu de ce qu'elle avait dans un premier temps payé des indemnités journalières sur la base de la LAA, d'une part, alors qu'elle n'aurait dû verser qu'un montant de 6'061 fr. 15 vu le délai d'attente de quatorze jours et vu le salaire assuré, d'autre part, que l'assuré avait reçu 1'639 fr. 40 en trop.

19. S'agissant du droit de l'assuré au versement de l'indemnité journalière au-delà du 30 novembre 2005, le Tribunal de céans constate que dans son rapport du 6 mai 2006, le Dr D\_\_\_\_\_ atteste de l'incapacité de travail de son patient sans préciser à quelle profession elle se rapporte en particulier. Il se contente d'indiquer que son patient ne peut ni soulever des charges, ni se baisser en avant.

Il va de soi que de telles limitations empêchent l'exercice d'une activité de nettoyeur. Le Tribunal de céans est d'avis qu'il en va de même pour le travail d'agent de sécurité, dans la mesure où celui-ci est censé assurer des interventions rapides, nécessitant le cas échéant la maîtrise manu militari de malfaiteurs.

Aussi doit-on considérer que La MOBILIERE ne saurait mettre un terme à ses prestations au 1<sup>er</sup> décembre 2005. Il lui appartient de verser les indemnités journalières jusqu'au 21 mars 2006, date à laquelle l'assuré a recouvré une pleine capacité de travail, et non au 21 mars 2007, comme indiqué à tort par celui-ci. Les indemnités doivent être calculées sur la base d'une incapacité de gain de 100% du 1<sup>er</sup> septembre au 19 octobre 2005 et du 11 novembre 2005 au 2 mars 2006, et de 50% du 20 octobre au 11 novembre 2005 et du 3 mars au 21 mars 2006.

Il y a au surplus lieu de constater que la demande de l'assuré vise au paiement de la somme de 61'684 fr. Il n'est cependant pas possible de comprendre sur quelles bases cette somme a été calculée, ainsi que le relève du reste La MOBILIERE.

Il se justifie dès lors de renvoyer la cause à La MOBILIERE, afin qu'elle procède à un nouveau calcul du montant dû à l'assuré, conformément à la police d'assurance-maladie, sous déduction de ce qui lui a déjà été versé.

Il importe en conséquence de préciser que celle-ci devra se fonder sur le salaire journalier assuré de 124 fr. 20, ce qui ouvre le droit à une indemnité journalière de 99 fr. 35 (80% de 124 fr. 20).

20. Le demandeur a requis le paiement d'intérêts moratoires à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2005.

L'art. 41 al. 1 LCA dispose que la créance qui résulte du contrat est échue quatre semaines après le moment où l'assureur a reçu les renseignements de nature à lui permettre de se convaincre du bien-fondé de la prétention.

Ce délai n'a plus de raison d'être dès le moment où l'assureur conteste à tort son obligation. La prestation devient alors immédiatement exigible. L'interpellation de l'assureur est nécessaire à sa mise en demeure, laquelle suppose l'exigibilité de la créance. Aucun intérêt moratoire n'est dû par l'assureur qui n'a pas encore été mis en demeure (CARRE, Loi fédérale sur le contrat d'assurance, édition annotée, 2000, ad art. 41 LCA, p. 301 et les références citées). L'intérêt moratoire est fixé à 5% conformément aux art. 102 et 104 du code des obligations du 30 mars 1911 (CO) applicable par renvoi de l'art. 100 LCA.

21. En l'occurrence, l'assuré a déposé une demande en paiement auprès du Tribunal de céans dirigée contre La MOBILIERE le 30 août 2007, de sorte que l'intérêt moratoire de 5% ne peut être accordé qu'à partir de cette date.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare recevable la demande dirigée contre ALLIANZ SUISSE SOCIETE D'ASSURANCES.
2. Déclare irrecevable la demande dirigée contre La MOBILIERE SUISSE en tant qu'assurance-accident obligatoire LAA.
3. Déclare recevable la demande dirigée contre La MOBILIERE SUISSE en tant qu'assurance-maladie perte de gain.

**Au fond :**

4. Rejette la demande dirigée contre ALLIANZ SUISSE SOCIETE D'ASSURANCES.
5. Admet partiellement la demande dirigée contre La MOBILIERE SUISSE en tant qu'assurance-maladie perte de gain et lui renvoie la cause dans le sens des considérants.
6. Condamne La MOBILIERE SUISSE à verser au demandeur la somme de 1'000 fr. à titre de participation à ses frais et dépens.
7. Dit que la procédure est gratuite.
8. 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 de droit public, conformément aux art. 82 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

Nathalie LOCHER

La Présidente

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