RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3102/2020 **ATAS/1178/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 18 novembre 2021

5ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Samir DJAZIRI	demandeur

contre

HELSANA ASSURANCES COMPLÉMENTAIRES SA, sise Zürichstrasse 130, DÜBENDORF, représentée par HELSANA ASSURANCES SA	défenderesse

Siégeant : Philippe KNUPFER, Président; Pierre-Bernard PETITAT et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

A. a. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le demandeur), né le _____ 1965, a travaillé dès 2006 comme agent de sécurité pour l'entreprise B_____ SA. Il était assuré à titre collectif par son employeur auprès de HELSANA ASSURANCES COMPLÉMENTAIRES SA (ci-après : HELSANA ou la défenderesse) pour une assurance collective d'indemnités journalières en cas de maladie, soumise à la loi sur le contrat d'assurance et prévoyant le versement d'indemnités journalières durant 730 jours, à l'issue d'un délai d'attente de 30 jours.

b. Le 30 septembre 2018, l'assuré a été licencié avec effet au 31 décembre 2018, au motif que le contrat de bail de la B_____ SA n'avait pas été renouvelé, ce qui entraînait la suppression de tous les postes au sein de l'entreprise.

B. a. Le 10 janvier 2019, par l'intermédiaire de son employeur, l'assuré a annoncé à HELSANA une incapacité de travail dès le 24 décembre 2018. Dans l'annonce de maladie, l'employeur a précisé que l'assuré avait été licencié avec effet au 31 décembre 2018, mais que ce dernier lui avait transmis un certificat daté du 24 décembre 2018 et émanant du docteur C_____, médecin établi au Kosovo.

b. L'assuré a transmis à HELSANA divers certificats d'arrêt de travail établis par le docteur D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, valables dès le 24 décembre 2018 et renouvelés de mois en mois. Il a également adressé à HELSANA copie du certificat émanant du Dr C_____.

c. Par la suite, HELSANA a reçu un bref rapport du Dr D_____ daté du 14 février 2019, retenant les diagnostics de trouble de l'adaptation (F43.2) et de trouble panique (F41.0). Ce médecin a exposé que l'assuré développait des troubles neurovégétatifs dus à l'anxiété, une insomnie, ainsi que des soucis pour son avenir professionnel en raison de son âge. Il présentait un retrait social. Il souhaitait toutefois poursuivre son activité professionnelle. Le Dr D_____ a confirmé une incapacité de travail dès le 24 décembre 2018, tout en répondant par l'affirmative à la question de savoir si la profession actuelle était raisonnablement exigible auprès d'un autre employeur.

d. HELSANA a mandaté le docteur E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, expert médical SIM, en vue de réaliser un examen psychiatrique de l'assuré. Dans son rapport du 23 mars 2019, consécutif à un examen réalisé le 19 mars 2019, ce psychiatre a retenu le diagnostic non incapacitant de trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée. En revanche, il n'a retenu aucun diagnostic avec effet sur la capacité de travail. À l'issue de son examen, le Dr E_____ a conclu que, sous l'angle psychiatrique, la capacité de travail avait été nulle du 24 décembre 2018 au 24 mars 2019, mais que, depuis le 25 mars 2019, on pouvait raisonnablement exiger de l'assuré qu'il exerçât à 100% son activité professionnelle habituelle auprès d'un autre employeur.

e. Le 26 avril 2019, HELSANA a informé l'assuré que, sur la base du rapport du Dr E_____, elle mettait fin au versement des indemnités journalières avec effet au 30 avril 2019.

f. Par l'intermédiaire de son assurance de protection juridique, l'assuré a requis la mise en œuvre d'une nouvelle expertise et la poursuite du versement des indemnités journalières, par plis des 11 décembre 2019, 19 juin et 19 août 2020, en transmettant diverses pièces médicales à l'appui de ses objections.

g. Par courrier du 19 août 2020, HELSANA a confirmé sa « décision » de mettre fin aux indemnités journalières, après que le Dr E_____ – invité à se déterminer sur les rapports produits par l'assuré – a maintenu sa position (cf. courriel du Dr E_____ du 31 juillet 2020).

C. a. Le 2 octobre 2020, l'assuré, toujours représenté par son assurance de protection juridique, a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la CJCAS) d'une demande à l'encontre d'HELSANA. Il a conclu, sous suite de frais et dépens, principalement à ce qu'HELSANA soit condamnée à lui verser des indemnités journalières à concurrence de 90% de son salaire annuel durant 730 jours, dès le 1er mai 2019 et jusqu'à épuisement de son droit, subsidiairement à ce qu'une expertise judiciaire soit mise en œuvre en vue de déterminer sa capacité de travail au-delà du 1er mai 2019, plus subsidiairement à ce que le dossier soit renvoyé à HELSANA afin qu'elle diligente elle-même une expertise.

En substance, le demandeur a fait valoir que l'expertise du Dr E_____ ne revêtait pas une pleine valeur probante, dès lors que si cet expert avait conclu à une reprise du travail à 100% dès le 1er mai 2019, son psychiatre, le Dr D_____, avait retenu le contraire. Le demandeur soulignait n'avoir souffert d'aucune atteinte psychiatrique ou somatique antérieurement à son licenciement. En outre, le Dr D_____ l'avait suivi pendant des mois, contrairement au Dr E_____, lequel s'était entretenu avec lui pendant une heure seulement. Ce suivi de longue durée avait permis au Dr D_____ de comprendre le contexte socioéconomique et les facteurs psychosociaux propres à sa situation, mais également de définir précisément ses troubles. Si le Dr E_____ avait retenu des symptômes pouvant s'apparenter à un tableau clinique de dépression, il avait ensuite écarté cette hypothèse en considérant qu'au moment de la consultation, l'assuré ne présentait pas un comportement cohérent avec une dépression. De son côté, le Dr D_____ avait conclu que les troubles dépressifs perduraient, voire s'aggravaient avec le temps. Compte tenu de la divergence notable entre les conclusions des médecins, le demandeur se voyait contraint de saisir la CJCAS et de solliciter la reprise du versement des indemnités journalières dès le 1er mai 2019, jusqu'à épuisement complet de son droit.

b. Dans sa réponse du 13 novembre 2020, la défenderesse a conclu au rejet de la demande, rétorquant que l'avis du Dr D_____ – dont il ressortait une amélioration de l'état de santé – n'était pas propre à remettre en question celui du Dr E_____,

lequel reposait sur l'ensemble du dossier et sur son entretien avec l'assuré. L'expertise du Dr E_____ était probante et le Dr D_____ n'avait pas fait état d'éléments objectivement vérifiables, qui auraient été ignorés par le Dr E_____ et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de ce dernier. Par ailleurs, il incombait au juge de tenir compte de la relation de confiance unissant le patient à son médecin traitant, laquelle était propre à influencer l'objectivité ou l'impartialité dudit médecin. Quant au fait que l'expert s'était fondé sur un seul entretien, complété par la prise de connaissance du dossier complet de l'assurance, cela n'amoindrissait pas la valeur probante de ses conclusions. Selon la jurisprudence, il n'appartenait pas à la compagnie d'assurance de prouver le recouvrement de la capacité de travail, mais il suffisait qu'elle apporte des éléments propres à ébranler la vraisemblance prépondérante que l'assuré s'efforçait d'établir, par exemple par le biais d'une expertise privée. En l'occurrence, faute d'avis médical propre à mettre en doute le point de vue de l'expert, il convenait de retenir qu'aucune incapacité de travail n'était démontrée au-delà du 25 mars 2019, de sorte que la demande en paiement devait être rejetée.

c. À la demande de l'assuré, la CJCAS a tenu une audience le 4 février 2021. Par l'intermédiaire de son avocat, le demandeur a indiqué qu'il souhaitait chiffrer ses conclusions, en ce sens qu'il concluait à la condamnation de la défenderesse au versement d'une somme mensuelle de CHF 7'640.- dès le 1er mai 2019 jusqu'à épuisement complet de son droit, soit un montant total de CHF 183'360.-, avec intérêts dès le 1er mai 2019. En relation avec le dépôt de la demande par la CAP, le demandeur a fait valoir qu'un éventuel vice entachant la demande aurait été réparé, dès lors qu'il était représenté par un avocat. Il offrait de prouver que sa capacité de travail était nulle de décembre 2018 jusqu'à ce jour. Le cas échéant, il demandait à la CJCAS d'ordonner une expertise judiciaire et sollicitait l'audition du Dr D_____.

De son côté, la défenderesse a précisé qu'elle contestait intégralement les prétentions du demandeur et n'avait pas d'offre de preuve à formuler. En outre, elle a déclaré s'opposer à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, arguant qu'il figurait déjà au dossier une expertise réalisée par le Dr E_____. Dans l'hypothèse où la CJCAS décidait d'entendre le Dr D_____, la défenderesse l'invitait également à entendre le Dr E_____.

Interrogé par la CJCAS sur le point de savoir si son expertise avec le Dr E_____ s'était bien passée, le demandeur a répondu qu'il n'avait rien à reprocher à l'expert, hormis la durée de l'entretien, qui n'avait pas dépassé une heure. Il semblait ressortir de l'expertise qu'il avait paru un peu trop tranquille et qu'il n'avait pas suffisamment montré ses sentiments. Le demandeur a rappelé qu'après avoir subi un premier problème cardiovasculaire en novembre 2019, il s'était retrouvé en arrêt cardio-respiratoire (ACR) en avril 2020 et portait désormais un pacemaker. Il continuait à prendre chaque jour des antidépresseurs et consultait deux fois par

mois un psychiatre, le Dr D_____. En parallèle, il consultait régulièrement des cardiologues.

d. La défenderesse a répliqué le 30 avril 2021, persistant dans ses conclusions. Il ressortait du dossier de l'assurance-invalidité que l'incapacité de travail alléguée par le demandeur résultait de ses problèmes cardiaques et non de troubles psychiatriques dès le 3 novembre 2019 au plus tard. Les médecins traitants avaient confirmé plusieurs fois à l'assurance-invalidité que, depuis cette date, l'incapacité de travail était d'ordre somatique. De son côté, le médecin-conseil d'HELSANA l'avait également confirmé, dans un rapport du 5 avril 2021. Or, le cas qui était en cours à la fin du contrat de travail (sortie du contrat collectif) était une incapacité de travail d'ordre psychiatrique. Conformément à ses conditions générales d'assurance, l'obligation d'HELSANA de verser des indemnités journalières avait pris fin avant la survenue des troubles cardiaques, le 3 novembre 2019. Invitée à se déterminer à cet égard, la psychiatre-conseil d'HELSANA, la doctoresse F_____, s'était d'ailleurs ralliée à l'analyse et aux conclusions du Dr E_____, sans mettre en évidence d'élément psychiatrique susceptible de justifier la poursuite d'une incapacité de travail pour motif psychiatrique au-delà du 30 avril 2019. À l'appui de sa réplique, la défenderesse a notamment joint un rapport de la Dresse F_____, ainsi qu'un rapport rédigé en langue allemande le 5 avril 2021 par la doctoresse G_____, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin-conseil d'HELSANA.

e. Invité par la CJCAS à se déterminer sur la recevabilité de sa demande du 1er octobre 2020, compte tenu du fait qu'il n'y avait pas chiffré ses conclusions, le demandeur a fait valoir, le 18 juin 2021, que la somme réclamée ressortait clairement de son acte, dans la mesure où il y sollicitait le versement d'indemnités journalières du 1er mai 2019 jusqu'à épuisement de son droit, et où la défenderesse avait servi des indemnités journalières jusqu'au 30 avril 2019. La défenderesse n'avait au demeurant pas soulevé de grief en lien avec l'irrecevabilité de sa demande, de sorte qu'un prononcé d'irrecevabilité relèverait du formalisme excessif. L'éventuel vice entachant sa demande avait, quoi qu'il en soit, été réparé spontanément lors de l'audience, durant laquelle il avait chiffré sa conclusion. À son sens, sa demande devait être déclarée recevable.

f. De son côté, la défenderesse a rétorqué que, dans un litige similaire en matière d'assurance perte de gain, le Tribunal fédéral avait confirmé l'irrecevabilité d'une demande non chiffrée, sans qu'il soit question de formalisme excessif et ce malgré le devoir d'interpellation et la maxime inquisitoire sociale applicable en la matière. Cela valait a fortiori en l'espèce, dans la mesure où l'assuré était représenté.

EN DROIT

1. a. Conformément à l'art. 7 du Code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 (CPC - RS 272) et à l'art. 134 al. 1 let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - 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.

   L'assurance en cause dans le litige déféré à la chambre de céans est une assurance collective d'indemnités journalières soumise à la LCA, comme cela ressort de la police d'assurance conclue par B_____ SA et des conditions générales d'assurance (CGA) d'HELSANA. La chambre de céans est donc compétente à raison de la matière pour statuer sur la demande.

   b. S'agissant de la compétence à raison du lieu, l'art. 46a LCA prescrit que le for se définit selon la loi du 24 mars 2000 sur les fors (LFors) qui a été abrogée au 1er janvier 2011 par l'entrée en vigueur du CPC, auquel il convient désormais de se référer. Sauf disposition contraire de la loi, pour les actions dirigées contre les personnes morales, le for est celui de leur siège (art. 10 al. 1 let. b CPC), étant précisé que l'art. 17 al. 1 CPC consacre la possibilité d'une élection de for écrite.

   L'art. 38 des CGA de la défenderesse prescrit qu'en cas de contestation, l'ayant droit peut ouvrir action auprès des tribunaux compétents de son domicile en Suisse ou de celui du preneur d'assurance.

   En l'occurrence, le demandeur étant domicilié dans le canton de Genève, la chambre de céans est compétente à raison du lieu pour connaître de la demande.

2. Les litiges relatifs aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie ne sont pas soumis à la procédure de conciliation préalable de l'art. 197 CPC lorsque les cantons ont prévu une instance cantonale unique selon l'art. 7 CPC (ATF 138 III 558 consid. 4.5 et 4.6 ; ATAS/577/2011 du 31 mai 2011), comme c'est le cas dans le canton de Genève (art. 134 al. 1 let. c LOJ).

3. À titre liminaire, il convient d'examiner les conclusions de la demande.

   a. Aux termes de l'art. 58 CPC, le tribunal ne peut accorder à une partie ni plus ni autre chose que ce qui est demandé ni moins que ce qui est reconnu par la partie adverse (al. 1). Les dispositions prévoyant que le tribunal n'est pas lié par les conclusions des parties sont réservées (al. 2).

   Selon l'art. 59 CPC, le tribunal n'entre en matière que sur les demandes qui satisfont aux conditions de recevabilité de l'action. Ces conditions sont examinées d'office (art. 60 CPC). La liste des conditions de recevabilité prévue à l'article 59 al. 2 CPC n'est pas exhaustive (François BOHNET, in Code de procédure civile commenté, n. 9 ad art. 59 CPC).

b. Selon l'art. 84 CPC, le demandeur intente une action condamnatoire pour obtenir que le défendeur fasse, s'abstienne de faire ou tolère quelque chose (al. 1). L'action tendant au paiement d'une somme d'argent doit être chiffrée (al. 2).

Aux termes de l'art. 85 CPC, si le demandeur est dans l'impossibilité d'articuler d'entrée de cause le montant de sa prétention ou si cette indication ne peut être exigée d'emblée, il peut intenter une action non chiffrée. Il doit cependant indiquer une valeur minimale comme valeur litigieuse provisoire (al. 1). Une fois les preuves administrées ou les informations requises fournies par le défendeur, le demandeur doit chiffrer sa demande dès qu'il est en état de le faire. La compétence du tribunal saisi est maintenue, même si la valeur litigieuse dépasse sa compétence (al. 2).

Dès lors qu'en application de la maxime de disposition (art. 58 CPC), il ne peut être statué ni *ultra petita* ni *extra petita partium*, le juge doit connaître exactement les limites dans lesquelles le dispositif du jugement s'inscrit (cf. Christoph HURNI, Berner Kommentar, Schweizerische Zivilprozessordnung, 2012, n. 36 ad art. 58 CPC et les références citées). Il en découle que les conclusions doivent être déterminées avec suffisamment de précision, de manière qu'en cas d'admission de celles-ci, le jugement puisse être exécuté (cf. les arrêts du Tribunal fédéral 5A_832/2012 du 25 janvier 2013 consid. 6.2 et 5A_663/2011 du 8 décembre 2011 consid. 4.3). En d'autres termes, l'exécution (ou la sanction de l'inexécution) doit pouvoir être obtenue auprès de l'autorité compétente sans que celle-ci doive encore résoudre des questions de fond (cf. François BOHNET, op. cit. n. 2 et les références citées).

Dans un arrêt du 27 juillet 2017, le Tribunal fédéral a considéré que les conclusions d'un assuré tendant à ce que l'assureur fût condamné à lui verser rétroactivement et de manière continue toutes les indemnités journalières (« rückwirkend ab […] und fortdauernd das ganze Krankentaggeld auszurichten ») ne remplissaient pas les conditions d'une action en paiement non chiffrée au sens de l'art. 85 al. 1 CPC. Après avoir rappelé que l'action tendant au paiement d'une somme d'argent devait être chiffrée (art. 84 al. 2 CPC), ce qui n'était pas le cas dans l'espèce à juger, il a laissé indécis le point de savoir si la juridiction cantonale aurait dû entrer en matière sur le chef de conclusion précité (arrêt du Tribunal fédéral 4A_110/2017 du 27 juillet 2017 consid. 1.3). Dans un arrêt plus récent, le Tribunal fédéral a considéré que la juridiction cantonale pouvait, sans violer le droit, déclarer irrecevable le chef de conclusion « visant le paiement des prestations découlant du contrat d'assurance », dès lors qu'on ne discernait pas en quoi le calcul des indemnités journalières dues à l'assurée, déduction faite de celles qui lui avaient déjà été versées, apparaissait compliqué au point de confiner à l'impossibilité (arrêt du Tribunal fédéral 4A_618/2017 du 11 janvier 2018 consid. 4.2). On signalera encore que dans deux autres affaires d'assurance maladie collective perte de gain, le Tribunal fédéral a jugé irrecevables les conclusions d'assurés tendant simplement aux « prestations découlant du contrat d'assurance n. 50'123'083 » ou ordonnant « à [l'assurance] de calculer et de verser l'indemnité journalière en cas de maladie

au demandeur, dès le 30 août 2004, plus intérêts à 5% dès la même date » (ATF 134 III 235 consid. 2 ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_107/2008 du 5 juin 2008 consid. 2.2).

c. Selon l'art. 132 al. 1 CPC, le tribunal fixe un délai pour la rectification des vices de forme telle l'absence de signature ou procuration. Le texte légal se rapportant aux vices de forme, il ne saurait être remédié à un défaut de motivation ou à des conclusions déficientes par ce biais, de tels vices n'étant pas d'ordre purement formel et affectant l'acte de façon irréparable (ATF 140 III 409 consid. 4.3.2 ; ATF 137 III 617 consid. 6.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_618/2017 du 11 janvier 2018 consid. 4.4 ; François BOHNET, in Commentaire romand, Code de procédure civile, 2019, n. 19 ad art. 85 CPC). Il découle ainsi de la jurisprudence que l'absence de conclusions chiffrées constitue un vice entraînant l'irrecevabilité de la demande, sans que la fixation d'un délai au sens de l'art. 132 al. 1 CPC ne se justifie et sans qu'il soit question de formalisme excessif (arrêt du Tribunal fédéral 4A_618/2017 du 11 janvier 2018 consid. 4.4 et les références citées).

d. En l'espèce, la demande que l'assuré a adressée à la CJCAS le 2 octobre 2020, par l'intermédiaire de la CAP, concluait principalement à ce qu'HELSANA soit condamnée à « verser à [l'assuré] les indemnités journalières à teneur de 90% du salaire annuel durant 730 jours dès le 1er mai 2019 et ce, jusqu'à épuisement complet du droit ».

Lorsque, comme en l'espèce, l'action tend au paiement d'une somme d'argent, elle doit être chiffrée (art. 84 al. 2 CPC). Or, dans la mesure où le demandeur sollicite le versement d'indemnités journalières dès le 1er mai 2019 jusqu'à épuisement de son droit, sans chiffrer ses conclusions, ni tenir compte des indemnités qui lui ont été déjà versées dès le 23 janvier 2019 (à l'issue du délai d'attente de 30 jours dès le 24 décembre 2018), ni même préciser le montant de l'indemnité journalière, son chef de conclusions revient dans les faits à déléguer au juge la tâche de déterminer lui-même aussi bien le quantum des indemnités journalières qui lui seraient potentiellement dues que le montant de l'indemnité journalière, sans que la somme à allouer ne soit d'emblée reconnaissable (ces paramètres n'étant pas quantifiés précisément dans la demande). Ce procédé n'est pas admissible dans un litige soumis au principe de disposition (cf. les arrêts du Tribunal fédéral 4A_107/2008 consid. 2.2 et ATF 134 III 235 consid. 2 précités ; cf. également ATAS/937/2017 du 19 octobre 2017 consid. 8, ainsi que Christoph HURNI, op. cit. n. 36 et 39 ad art. 58 CPC).

Certes, le nouveau représentant du demandeur – manifestement conscient du vice affectant la demande initiale – a chiffré le montant des prétentions réclamées à CHF 183'360.- au stade de l'audience du 4 février 2021. Cela ne permet toutefois pas de pallier à l'absence de conclusions chiffrées dans la demande initiale. En effet, la loi et la jurisprudence imposent au demandeur d'articuler d'« entrée de cause » le montant de sa prétention, sous réserve des situations où cela lui serait impossible ou déraisonnable, ce qui n'est pas allégué en l'occurrence (art. 85 al. 1

CPC ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_618/2017 du 11 janvier 2018 consid. 4.2-4.4 et les références citées, notamment celles aux arrêts du Tribunal fédéral 4A_375/2015 consid. 7.2, 5A_488/2015 consid. 3.2.2 et 4A_203/2013 consid. 3.2). Par ailleurs, dans la mesure où le demandeur entendait chiffrer ses conclusions au stade de l'audience, il convient de relever que l'art. 227 CPC, relatif à la modification de la demande, n'est pas applicable lorsque les conclusions de l'action sont chiffrées a posteriori, puisque dans un tel cas de figure, les conclusions ne sont ni augmentées, ni réduites, ce qui ne constitue pas une modification de la demande au sens de l'art. 227 CPC (arrêt du Tribunal fédéral 4A_235/2016 du 7 mars 2017 consid. 2.4). Pour le reste, on rappellera que l'art. 132 CPC, qui impose au tribunal de fixer un délai pour la rectification de vices de forme tels que l'absence de signature ou de procuration, n'est pas applicable aux conclusions non chiffrées figurant dans une demande (arrêt du Tribunal fédéral 4A_618/2017 du 11 janvier 2018 consid. 4.4 et les références). Même à supposer qu'au moment où il a déposé sa demande, en octobre 2020, le demandeur eût été dans l'impossibilité de chiffrer ses prétentions – par exemple parce que certaines informations en possession de la défenderesse lui manquaient –, il lui aurait alors incombé d'indiquer, à titre provisoire, une valeur litigieuse minimale et de requérir les preuves nécessaires (décomptes d'indemnités journalières ou autres), conformément à l'art. 85 CPC, ce qu'il n'a pas fait.

Au vu de ce qui précède, la demande se révèle irrecevable.

4. Il n'est pas perçu de frais judiciaires (art. 114 let. e CPC), ni alloué de dépens à la charge du demandeur (art. 22 al. 3 let. b de la loi d'application du code civil suisse et d'autres lois fédérales en matière civile du 11 octobre 2012 [LaCC - E 1 05]).

******

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

1. Déclare irrecevable la demande déposée le 2 octobre 2020 par A_____ contre HELSANA ASSURANCES COMPLÉMENTAIRES SA.
2. Dit que la procédure est gratuite.
3. Conformément aux art. 72 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110), le présent arrêt peut être porté dans les trente jours qui suivent sa notification avec expédition complète (art. 100 al. 1 LTF) par devant le Tribunal fédéral par la voie du recours en matière civile (Tribunal fédéral suisse, avenue du Tribunal fédéral 29, 1000 Lausanne 14), sans égard à sa valeur litigieuse (art. 74 al. 2 let. b 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, invoqués comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	Le président
Nathalie LOCHER	Philippe KNUPFER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers (FINMA) par le greffe le