

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3264/2014

ATAS/1192/2014

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt incident du 19 novembre 2014

2^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à LUCINGES, FRANCE,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître
DANDRES Christian

demanderesse

contre

CSS ASSURANCE SA, Droit & compliance; sise Tribschenstrasse
21, LUZERN

défendeur

Siégeant : Raphaël MARTIN, Président.

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la demanderesse), née le _____ 1969, domiciliée à Lucinges en France voisine, a été engagée le 5 décembre 2008 par la Société suisse B_____ (ci-après : B_____) dès le 1^{er} janvier 2009 en qualité de collaboratrice des ventes de programmes TV à 100%, emploi à exercer à Genève, pour un salaire annuel brut de CHF 86'140.60. Pour l'année 2013, son salaire brut était de CHF 89'042.20. Comme salariée de ladite entreprise, elle a été mise au bénéfice d'une couverture de perte de gain en cas de maladie par la CSS Assurance SA, auprès de laquelle la B_____ avait souscrit une assurance d'indemnités journalières en cas de maladie pour entreprises.
2. L'assurée, s'estimant victime de harcèlement psychologique sur son lieu de travail depuis 2012, a été déclarée en incapacité de travail à 100% pour cause de maladie dès octobre 2013 (semble-t-il le 7), à teneur d'un certificat médical de son médecin traitant, généraliste, le docteur C_____, médecin à Annemasse (France), renouvelé plusieurs fois par la suite. L'assurée n'a pas repris le travail à ce jour.
3. Le 15 avril 2014, la CSS Assurances SA a indiqué à l'assurée qu'elle entendait faire évaluer son incapacité de travail par le docteur D_____ pratiquant au sein de la clinique Corela, Centre d'expertises médicales pluridisciplinaires sis à Genève.

Dans un rapport médical du 6 février 2014, le Dr C_____ a posé le diagnostic d'insomnie, d'instabilité émotionnelle et d'aménorrhée "ayant une cause professionnelle" depuis début octobre 2013, indiqué que le traitement en cours consistait en un "traitement homéopathique + luthényl + acupuncture", attesté d'une incapacité totale de travail de l'assurée dans son activité habituelle depuis le 7 octobre 2013, répondu affirmativement à la question de savoir si une autre activité adaptée pouvait être envisagée (en précisant "dans un autre service, avec plus de mobilité") et négativement à celle de savoir si la capacité de travail de l'assurée pouvait être améliorée par des mesures médicales, thérapeutiques ou autres et si une reconversion professionnelle devait être examinée, et précisé qu'un "changement de service sembl(ait) obligatoire au vu de la pathologie actuelle".

4. Dans un rapport du 25 avril 2014 adressé au service médical de la CSS Assurance SA, ledit médecin a relaté, sur la base du dossier médical de l'assurée et d'une rencontre avec cette dernière du même jour, l'histoire personnelle récente de l'assurée, en particulier sa situation familiale et affective, comportant une séparation définitive d'avec son compagnon remontant à novembre 2013, et sa situation professionnelle dans son dernier emploi à la B_____, qu'elle disait affectionner mais y subir du mobbing de la part de sa cheffe, ainsi que l'histoire de sa maladie, qu'elle attribuait à une attitude subjective et injuste de sa supérieure dès son arrivée au sein de son département en 2012, qui, dès 2013, l'avait accusée de ne pas connaître les procédures et l'avait soumise à une surveillance accrue, comportant une demande d'accès à la messagerie électronique des membres dudit département, au point que l'assurée avait postulé pour un autre emploi et avait ressenti une

déception du fait que ledit poste avait déjà été attribué à un tiers lors de son entretien d'embauche, étant ajouté qu'en septembre 2013 une "grosse engueulade" avait eu lieu entre elle et sa supérieure pour un retard de quelques minutes, depuis laquelle elle avait des perturbations de sommeil, des réveils précoces à 4-5 h du matin et un sentiment de stress intense en se rendant au travail, et qu'en octobre 2013, lors d'un entretien, sa supérieure avait hurlé haineusement contre elle, au point qu'elle s'était plainte auprès des ressources humaines de son employeur mais n'y avait trouvé aucune aide, ni réponse à ses demandes depuis qu'elle avait cessé de travailler, le 7 octobre 2013, au bénéfice d'un certificat de travail de son médecin traitant, le Dr C_____. L'assurée ne prenait aucun traitement psychotrope, mais une médication homéopathique, et avait une consultation par mois avec son médecin traitant, généraliste. Une aménorrhée en septembre 2013 l'avait amenée à consulter deux gynécologues, qui n'avaient cependant constaté aucune affection somatique. L'assurée se plaignait de problèmes de concentration, de perturbation de son sommeil, d'une baisse de moral, d'une prise de poids de 3 kg, de fatigue (que ledit médecin indiquait ne pas avoir constaté lors de l'entretien, durant lequel l'assurée avait parlé de façon ininterrompue durant plus d'une heure tant des attitudes de sa supérieure que de ses propres démarches auprès des ressources humaines de son employeur et de ses recherches d'emploi, "ce qui témoigne d'une certaine conservation de l'énergie"). Ledit médecin a posé le diagnostic de troubles de l'adaptation avec prédominance de la perturbation d'autres émotions (ICD-10, F43.23), en cours de rémission. Il ne retenait aucune limitation fonctionnelle. Sur le plan psychiatrique et cognitif, au 25 avril 2014, la capacité de travail de l'assurée était de 100%, en termes d'horaires et de rendement, dans son emploi habituel. Ledit médecin émettait un pronostic réservé, du fait que l'assurée ne souhaitait pas retourner sur son lieu de travail et travailler avec sa supérieure et que personne ne trouvait de solution et que, selon elle, les ressources humaines de son employeur "faisaient semblant de rien" ; il a avancé l'idée que l'intervention et l'aide d'un "case manager" pourraient peut-être débloquent la situation avec son employeur, et qu'en dernier recours, si l'assurée ne parvenait pas à dépasser son appréhension à reprendre son poste, il lui resterait la possibilité d'imaginer une démission pour motif de santé".

5. Le 21 mai 2014, la CSS Assurance SA a informé l'assurée qu'à teneur du rapport du Dr D_____, sa capacité de travail dans son profession habituelle était rétablie à 100% au 25 avril 2014, mais, vu ses difficultés relationnelles avec sa supérieure ne rendant pas optimal un retour à son emploi, qu'il lui fallait contacter son employeur pour trouver une solution, et qu'elle ne lui verserait l'indemnité journalière assurée, sur présentation des certificats médicaux de son médecin, que jusqu'au 31 mai 2014 au plus tard, et que si d'ici là son état de santé se péjorait il incombait à son médecin traitant de faire parvenir au médecin conseil de l'assurance un rapport médical détaillé et argumenté.

6. Par courrier du 28 mai 2014, l'assurée a indiqué à la CSS Assurance SA que le psychiatre ayant évalué sa capacité de travail l'avait mal comprise sur plusieurs points (étant assez sourd et comprenant "tare pour barre"), d'une part, et l'avait assurée qu'un médiateur-assistant social allait intervenir pour lui faire obtenir un changement de poste au sein de l'entreprise, mais que jamais personne n'était intervenu, d'autre part, si bien qu'elle se trouvait dans un "gouffre noir sans fond".
7. Le 5 juin 2014, ayant reçu copie du courrier précité du 21 mai 2014 de la CSS Assurance SA à l'assurée, la B_____ a écrit à ladite assurance que le Dr D_____, en évoquant qu'un retour de l'assurée à son poste de travail n'était pas une solution optimale "compte tenu des difficultés relationnelles au sein de (son) service", prenait position de manière unilatérale, sans même avoir recueilli l'avis de l'employeur, et elle a contesté vigoureusement "tout élément de mobbing ou de harcèlement qui pourrait être sous-entendu derrière (ces) lignes".

La CSS Assurance SA lui répondra le 24 juin 2014 que l'avis qu'avait émis le Dr D_____ se fondait, conformément à sa mission, sur les propos et ressentis exprimés par l'assurée, mais qu'il n'avait pas porté de jugement sur la situation décrite par cette dernière. La B_____ n'en maintiendra pas moins sa position, par courrier du 2 juillet 2014 à la CSS Assurance SA.

8. Dans l'intervalle, l'assurée avait indiqué transmettre à la CSS Assurance SA, le 28 mai 2014, un certificat d'incapacité de travail émis la veille par un nouveau médecin, le docteur E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie (le dossier ne comporte cependant pas en l'état un tel certificat médical, mais un certificat médical, daté du 28 mai 2014, du Dr C_____), et, le 13 juin 2014, la CSS Assurance SA avait indiqué à l'assurée que des investigations complémentaires devaient être effectuées, l'invitant à patienter jusqu'au 27 juin 2014.

Par des courriers successifs des 25 juin 2014 et 13 août 2014, la CSS Assurance SA a prié l'assurée de patienter encore un peu plus longtemps, les investigations médicales prenant du temps.

La CSS Assurance SA avait néanmoins cessé de verser l'indemnité journalière à l'assurée depuis juin 2014.

9. Par courrier du 9 juillet 2014 au service médical de la CSS Assurance SA, le Dr D_____, auquel cette dernière avait transmis les objections de l'assurée, a indiqué que les plaintes rapportées par le médecin traitant de cette dernière lui étaient connues le 25 avril 2014. Elles traduisaient le mal-être de l'assurée ne voulant pas retourner à son poste, mais n'apportaient pas d'éléments nouveaux et ne pouvaient être associées à une maladie psychiatrique. Il ne disposait d'aucune information étayant des atteintes objectives "derrière le déséquilibre ou les lombalgies" de l'assurée, dont la prolongation de l'arrêt de travail et les traitements mis en place n'avaient d'ailleurs visiblement rien apporté, "car le problème n'(était) pas médical". S'il compatissait à la souffrance de l'assurée, il lui était en revanche impossible de la

transformé en maladie. Il ne pouvait recommander, médicalement, de soustraire l'assurée à ses conditions de travail, même devenues tendues, et qu'il n'avait pas les moyens ni n'avait promis d'imposer un changement de poste de travail même souhaitable.

10. Par courrier recommandé du 28 août 2014 à la CSS Assurance SA, désormais assistée d'un avocat, l'assurée a mis en cause le sérieux de l'examen et du rapport du Dr D_____, évoqué des articles de presse se faisant l'écho d'une réputation de partialité de la clinique Corela, objecté que son médecin traitant, le Dr E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, attestait de son incapacité de travail, mais qu'il n'avait pas même été contacté par ledit médecin mandaté par la CSS Assurance SA et que celui-ci n'avait pas même consulté son dossier médical. Elle a par ailleurs fait valoir qu'étant sans ressources depuis trois mois, elle ne se trouverait dès septembre 2014 plus en mesure de s'acquitter de ses factures les plus importantes (en particulier de son assurance-vie, dont la police serait résiliée sans qu'elle ne puisse plus en conclure une nouvelle et alors qu'elle représentait une condition du maintien du contrat de prêt hypothécaire qu'elle avait contracté pour l'acquisition de son logement. L'assurée a mis la CSS Assurance SA en demeure de reprendre sans délai le versement de l'indemnité journalière. Elle a joint à ce courrier des certificats médicaux du Dr E_____ attestant, sans motivation, de sa totale incapacité de travail pour cause de maladie.

La CSS Assurance SA a répondu à l'avocat de l'assurée, le 4 septembre 2014, qu'elle le tiendrait informé au plus tard le 18 septembre 2014.

11. Par courrier du 7 octobre 2014, la CSS Assurance SA a indiqué à l'avocat de l'assurée qu'au vu de l'expertise du Dr D_____ (qui avait rencontré l'assurée et disposé de renseignements médicaux de son médecin traitant, le Dr C_____) et de l'avis de son médecin-conseil, les plaintes de l'assurée traduisaient un mal-être de cette dernière, qui ne souhaitait pas retourner à son poste de travail, mais n'apportaient pas d'éléments médicaux probants permettant de l'associer à une maladie psychiatrique. Il n'y avait pas d'incapacité de travail pouvant être qualifiée d'événement assuré faute d'être imputable à une maladie objectivée médicalement prouvée. Des facteurs non médicaux tels que le chômage, les difficultés dans l'environnement social, les conflits sur la place de travail, les pressions multiples, l'âge ou le niveau de formation n'étaient pas couverts par l'assurance. La CSS Assurance SA a donc maintenu sa position exprimée dans son courrier précité du 21 mai 2014 (comportant donc la cessation du versement de l'indemnité journalière dès le 1^{er} juin 2014).
12. Par courrier du 16 octobre 2014 adressé au médecin-conseil de la CSS Assurance SA, le Dr E_____ a indiqué, au chapitre de l'anamnèse, que l'assurée, dans un contexte de mobbing (présumé) et de conflit au niveau professionnel, avait développé progressivement depuis 2013 une symptomatologie dépressive allant en s'accroissant et qu'une rupture sentimentale avait été causée par son état psychique et avait aggravé encore plus le tableau clinique. Le status de l'assurée se

caractérisait par de la tristesse, des pleurs, du désespoir, un sentiment de dévalorisation, de l'apathie, une perte d'intérêt et d'élan vital, de l'irritabilité, des cauchemars, des insomnies, une perte de libido, des idées noires. Le suivi psychiatrique-psychothérapeutique consistait en des consultations une à deux fois par semaine et la prescription de médicaments. Le Dr E_____ relevait que, dès le début de son suivi à la fin juillet 2014, ses constatations quant à l'état de santé de l'assurée ne correspondaient pas à celui décrit dans l'expertise du Dr D_____, dont le rapport n'évoquait pas la rupture sentimentale aggravant pourtant nettement l'état de santé de l'assurée (en particulier en avril 2014). Il a maintenu considérer que l'assurée était dans l'incapacité totale de travailler en tout état depuis le début de son suivi et qu'une reprise n'était pas possible dans son activité professionnelle, mais qu'en dépit d'un pronostic mauvais, une reprise dans une activité adaptée serait vraisemblablement possible à 50% à l'échéance d'un délai de deux à trois mois, puis à 100% deux à trois semaines plus tard.

13. Par courrier du 13 octobre 2014, l'avocat de l'assurée a écrit à l'avocat constitué par la B_____ qu'il allait devoir saisir la Justice compte tenu de la position de la CSS Assurance SA, mais il lui demandait, compte tenu de la situation devenue très difficile de l'assurée, d'inviter la CSS Assurance SA à aider financièrement cette dernière en lui versant "l'équivalent des indemnités qu'aurait dû lui verser la CSS Assurance pour les prochains mois", contre cession de sa créance contre la CSS Assurance SA.

L'avocat de la B_____ lui a répondu le 13 octobre 2014 que la B_____ n'entrait pas en matière.

14. Le 27 octobre 2014, l'assurée a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'une demande en paiement contre la CSS Assurance SA, concluant à la condamnation de cette dernière, sur mesures provisionnelles, à s'acquitter, pendant la durée du procès et pour autant qu'elle ne retrouve pas sa pleine capacité de travail dans l'intervalle, d'indemnités journalières de CHF 183.- (CHF 5'500.- / 30), et, sur le fond, au constat que l'assurée est en incapacité totale de travailler depuis le 1^{er} juin 2014 et à la condamnation de la CSS Assurance SA à lui servir des indemnités journalières de CHF 245.65 (CHF 89'667.30 / 365), sous réserve d'amplification, correspondant à une incapacité de travail à 100% depuis le 1^{er} juin 2014 et jusqu'à complet rétablissement, avec intérêts à 5% dès le 1^{er} juin 2014, ainsi qu'à la condamnation de la CSS Assurance SA en tous les dépens.
15. Par mémoire du 10 novembre 2014, la CSS Assurance SA, contestant d'ores et déjà la version des faits présentée par la demanderesse, a conclu au rejet de la requête de mesures provisionnelles assortissant la demande de cette dernière, estimant qu'aucune des conditions cumulatives subordonnant l'octroi de mesures provisionnelles n'est réalisée, à savoir, en termes de vraisemblance, que la demanderesse est titulaire de la prétention objet de sa demande, que cette prétention est l'objet d'une atteinte ou risque de l'être, et que cette atteinte risque de causer à la demanderesse un préjudice difficilement réparable. La CSS Assurance SA a

indiqué qu'elle ne répondait, à teneur de l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie souscrite par la B_____, que des incapacités de travail dues à une maladie (mais pas à d'autres facteurs, tels que les conflits sur la place de travail) ; or, en l'espèce, le Dr D_____ de la clinique Corela avait émis l'avis médical, le 25 avril 2014, que la demanderesse présentait, sur le plan psychiatrique et cognitif, une capacité de travail de 100% à cette date-ci, et l'allégation d'inobjectivité et de partialité formulée à l'encontre dudit médecin (pourtant autorisé par les autorités compétentes à exercer la profession de médecin comme médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie) et de ladite clinique, fondée sur des articles de la presse satirique, était elle-même d'une objectivité plus que douteuse et ne pouvait remettre en cause la valeur probante de l'expertise réalisée. Il n'y avait par ailleurs pas de danger imminent menaçant les droits de la demanderesse, et il n'incombait pas à la CSS Assurance SA d'assumer le remboursement des crédits contractés par la demanderesse, devant assumer le risque lié à une incapacité de travail mais pas le risque financier d'une perte d'emploi. La CSS Assurance SA était, elle, exposée au risque de ne plus pouvoir récupérer les montants versés au titre d'indemnités journalières durant la période du procès le jour où la demanderesse serait déboutée. Le versement d'une prestation en argent n'était au demeurant possible que lorsque la loi le prévoyait, ce qui n'était pas le cas en la matière.

EN DROIT

1. 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), en vigueur depuis le 1er janvier 2011, 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 loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal – RS 832.10), relevant de la loi fédérale sur le contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (LCA - RS 221.229.1).

L'assurance en vertu de laquelle la défenderesse a déjà versé et serait le cas échéant tenue de verser des indemnités journalières à la demanderesse au-delà du 31 mai 2014 est une assurance d'indemnités journalières en cas de maladie pour entreprises souscrite pour couvrir ses employés par l'employeur de la demanderesse. Il s'agit d'une assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale.

Les Conditions générales d'assurance ici pertinentes prévoient un for au lieu où le salarié assuré exerce son travail en Suisse, à savoir ici à Genève.

La chambre de céans est donc compétente pour connaître de la présente demande et, partant, de la requête de mesures provisionnelles assortissant cette dernière.

2. Le droit applicable aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale est le CPC s'agissant de la procédure et la LCA s'agissant du fond.

Les litiges relatifs à ces assurances 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), étant précisé que le législateur genevois a fait usage de cette possibilité (art. 134 al. 1 let. c LOJ).

3. a) Selon l'art. 261 CPC, le tribunal ordonne les mesures provisionnelles nécessaires lorsque le requérant rend vraisemblable qu'une prétention dont il est titulaire est l'objet d'une atteinte ou risque de l'être et que cette atteinte risque de lui causer un préjudice difficilement réparable, le tribunal pouvant renoncer à ordonner des mesures provisionnelles lorsque la partie adverse fournit des sûretés appropriées.

b) Savoir si la demanderesse a droit, au-delà du 31 mai 2014, à l'indemnité journalière prévue par l'assurance perte de gains en cas de maladie conclue par son employeur relève du fond. Au stade des mesures provisionnelles, il suffit d'une vraisemblance que tel soit le cas.

Or, s'il ne fait pas de doute que, sur le plan du principe, la demanderesse peut prétendre au versement d'indemnités journalières fondées sur ladite assurance, étant l'employée du preneur de cette dernière, si l'incapacité de travail dont elle se prévaut est assurée par ladite police d'assurance (preuve en est qu'elle en a bénéficié jusqu'au 31 mai 2014), force est de considérer, au terme de l'examen sommaire sur la base d'éléments objectifs auquel la chambre de céans doit procéder en statuant sur requête de mesures provisionnelles, qu'il n'est pas exclu mais pas pour autant rendu probable qu'elle est restée atteinte d'une maladie incapacitante au-delà du 31 mai 2014 (art. 2.5 des conditions générales d'assurance), et donc que sa prétention à de telles indemnités serait fondée au-delà du 31 mai 2014 (François BOHNET, Code procédure civile commenté, éd. par François BOHNET, Jacques HALDY, Nicolas JEANDIN, Philippe SCHWEIZER, Denis TAPPIS, 2011, ad art. 261 n° 4).

En l'occurrence, c'est moins l'avis du médecin mandaté par la défenderesse que le manque de consistance caractérisant l'avis contraire émis par le médecin traitant de la demanderesse qui amène à tirer cette conclusion.

S'il paraît à première vue satisfaire aux réquisits d'une expertise, le rapport du 25 avril 2014 du médecin mandaté par la défenderesse ne dissipe pas toute perplexité quant à la mesure de valeur probante à lui attribuer, dans la mesure où ledit médecin, né le 21 avril 1942, apparemment pas spécialiste FMH mais autorisé à exercer la profession de médecin comme médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie par un arrêté du Conseil d'Etat du 15 mai 2013, s'est prononcé sans même avoir contacté le médecin traitant de la demanderesse (le Dr C_____) - affirmation de la demanderesse non contestée à teneur tant du rapport médical considéré que du mémoire de la défenderesse sur requête de mesures provisionnelles par la défenderesse - et a émis dans son rapport des remarques d'un niveau discutable sur la "logorrhée" de l'assurée s'épanchant, mimiques à l'appui, sur les problèmes qu'elle disait rencontrer au travail avec sa supérieure, sur sa

capacité à entreprendre des démarches administratives auprès de son syndicat ou des ressources humaines de son employeur, sur le fait que les difficultés qu'elle disait rencontrer se concentraient sur la personne de sa supérieure, et sur la possibilité qu'aurait l'assurée, en dernier recours, de démissionner pour raison de santé. Il n'est pas exclu que ledit médecin ait minimisé l'impact possible sur la santé de la demanderesse de tensions professionnelles, ayant le cas échéant culminé dans une "engueulade" et un sentiment de n'être pas prise au sérieux (bien qu'il faille faire montre de prudence sur des faits qui sont allégués mais pas démontrés).

Les rapports médicaux des deux médecins traitants successifs de l'assurée versés en l'état au dossier se limitent quasiment tous en une affirmation non motivée d'incapacité de travail. Si, certes, les médecins n'ont pas, pour des motifs tenant au secret médical, à exposer à un employeur le détail de la maladie dont leurs patients sont affectés, ils doivent aussi se rendre compte que l'assurance perte de gains de l'employeur est légitimée à obtenir davantage qu'une simple affirmation d'incapacité de gain pour poursuivre durablement le versement d'indemnités journalières, notamment par le biais de leur médecin-conseil (la possibilité de discuter avec leurs patients de l'opportunité d'une levée partielle du secret médical restant au surplus réservée).

Or - et alors que la défenderesse, le 21 mai 2014, avait explicitement évoqué la possibilité de produire un certificat médical détaillé et argumenté -, le rapport que le spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, consulté selon ce dernier dès la fin juillet 2014 (alors que la demanderesse paraît affirmer avoir produit un certificat de sa part qui serait daté du 27 mai 2014), a fini par établir le 16 octobre 2014 ne comporte guère d'éléments médicaux probants quant à l'existence d'un sinistre dont la défenderesse devrait répondre. Il fait état de constatations sur l'état de santé de la demanderesse divergentes de celles contenues dans le rapport de l'expert mandaté par la défenderesse, sans toutefois les détailler et les discuter, et, de plus, en émettant l'hypothèse alternative qu'il y aurait eu aggravation (sous-entendu depuis l'expertise) ou alors que l'expert se serait montré trop sévère. Il évoque ensuite la rupture sentimentale qu'a vécue la demanderesse de façon concomitante à la survenance de son incapacité de travail, en indiquant à tort qu'elle ne serait nullement mentionnée dans ladite expertise (alors qu'elle y figure explicitement, sans que son impact éventuel sur l'état de santé de la demanderesse n'y soit en revanche discuté).

c) On ne voit par ailleurs pas, sur la base d'éléments objectifs, que les droits de la demanderesse à l'obtention d'indemnités journalières objet de sa demande en justice seraient compromis par le fait que la défenderesse a cessé de lui en verser. La vraisemblance d'une atteinte ou d'un risque d'atteinte à ces droits n'est pas établie. Or, il s'agit d'une des conditions d'octroi de mesures provisionnelles (art. 261 al. 1 let. a CPC ; François BOHNET, op. cit., ad art. 261 n° 10).

d) Le risque d'un préjudice difficilement réparable (art. 261 al. 1 let. b CPC) apparaît sans doute réalisé. Les conditions posées par l'art. 261 al. 1 CPC à l'octroi

de mesures provisionnelles sont toutefois cumulatives (François BOHNET, op. cit., ad art. 261 n° 3), si bien que, les deux premières n'étant pas réalisées, la chambre de céans ne saurait en octroyer, sans avoir en outre à examiner si le versement, au titre de mesures provisionnelles, d'indemnités journalières, à savoir de prestations en argent, reposerait sur une base légale, ainsi que l'exige l'art. 262 let. e CPC (François BOHNET, op. cit., ad art. 262 n° 11), et n'exposerait au surplus pas la défenderesse à un risque concret important de ne pouvoir en obtenir le remboursement si elle gagnait le procès (autrement dit si la demanderesse le perdait).

4. La requête de mesures provisionnelles présentée par la demanderesse sera donc rejetée.

Il n'est pas perçu de frais judiciaires dans la procédure au fond, pour les litiges portant sur les assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale (art. 114 let. e CPC), ni alloué de dépens à la charge de l'assuré (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. Rejette la requête de mesures provisionnelles assortissant la demande du 27 octobre 2014 de Madame A_____ contre la CSS Assurance SA.
2. Dit que la procédure est gratuite.
3. Dit qu'il n'est pas alloué de dépens.
4. 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

Irène PONCET

Raphaël MARTIN

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