



POUVOIR JUDICIAIRE
GERICHTSBEHÖRDEN

ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

Tribunal cantonal TC
Kantonsgericht KG

Rue des Augustins 3, case postale 630, 1701 Fribourg

T +41 26 304 15 00

www.fr.ch/tc

608 2025 159

Arrêt du 15 juin 2026

II^e Cour des assurances sociales

Composition

Présidente :

Daniela Kiener

Juges :

Johannes Frölicher, Marc Sugnaux

Greffier-stagiaire :

Cédric Fumeaux

Parties

A._____, **demandeur**, agissant en son nom, ainsi que pour son épouse, **B.**_____ et leur fille, **C.**_____, **demandereses**, domiciliées à la même adresse,

contre

D._____ **SA, défenderesse**

Objet

Assurance-maladie complémentaire – prestations en capital en cas d'hospitalisation à l'étranger

Demande du 24 septembre 2025

considérant en fait

A. Le 25 juin 2025, A. _____ (le demandeur), né en 1994, a formulé auprès de D. _____ SA (la défenderesse) une proposition d'assurance (intitulée : KH-H-Capital – Assurance) prévoyant un capital de CHF 2'500.- en cas d'hospitalisation. Le 26 juin 2025, la défenderesse a établi la police valable dès le 1^{er} juillet 2025 avec échéance au 31 décembre 2027 et prolongation tacite d'année en année.

Le 25 juin 2025, l'épouse du demandeur, B. _____, également née en 1994, a formulé auprès de la défenderesse une proposition d'assurance (intitulée : KH-H-Capital – Assurance) prévoyant un capital de CHF 2'500.- en cas d'hospitalisation. Le 26 juin 2025, la défenderesse a établi la police valable dès le 1^{er} juillet 2025 avec échéance au 31 décembre 2027 et prolongation tacite d'année en année.

Le 25 juin 2025 une proposition d'assurance prévoyant un capital de CHF 3'500.- en cas d'hospitalisation (intitulée : KH-H-Capital – Assurance) a été formulée auprès de la défenderesse pour la fille du demandeur et de son épouse, C. _____, née en 2022. Le 26 juin 2025, la défenderesse a établi la police valable dès le 1^{er} juillet 2025 avec échéance au 31 décembre 2027 et prolongation tacite d'année en année.

B. Par l'envoi de rapports médicaux à une date indéterminée, puis par courrier du 31 août 2025 (bordereau de la défenderesse, pièces 18ss et 24), le demandeur a sollicité de la défenderesse le paiement des capitaux assurés de CHF 2'500.-, respectivement CHF 3'500.-, pour lui-même, son épouse et leur fille. A l'appui de sa demande, il a indiqué qu'ils avaient tous trois été hospitalisés du 1^{er} au 2 août 2025 à E. _____ à F. _____ (Kosovo) en raison d'une « gastroentéocolite aiguë avec déshydratation », nécessitant un traitement parentéral par perfusion et une nuit d'hospitalisation (avec lit) sous surveillance médicale.

Par courriers du 27 août 2025 adressés respectivement au demandeur et à son épouse, confirmés par courriel du 17 septembre 2025 (bordereau de la défenderesse, pièces 22, 23 et 26), la défenderesse a refusé le versement des capitaux assurés. Elle a fait valoir notamment un défaut de preuves suffisantes relatives à la justification d'un séjour hospitalier stationnaire, l'absence de facture détaillée de l'hôpital concerné, des coûts hospitaliers trop faibles pour entraîner des conséquences économiques concrètes, ainsi que l'absence de preuve quant à l'existence d'un traitement stationnaire au sens de la pratique suisse.

C. Par demande du 24 septembre 2025 (date du timbre postal), le demandeur conclut en substance au versement par la défenderesse d'une somme de CHF 8'000.- au titre de la prestation H-Capital (KH) pour lui-même, son épouse et leur fille.

A l'appui de sa position, il fait valoir l'existence d'une couverture d'assurance en lien avec l'hospitalisation des trois membres de sa famille du 1^{er} août au 2 août 2025 à E. _____ en raison d'une gastroentéocolite aiguë avec déshydratation, nécessitant un traitement parentéral par perfusion et une nuit d'hospitalisation avec lit.

Dans sa réponse du 12 janvier 2026, la défenderesse conclut, sous suite de frais et dépens, à l'irrecevabilité, subsidiairement au rejet de la demande en tant qu'elle concerne l'épouse du demandeur (chiffres 2 et 4 des conclusions), ainsi qu'au rejet de la demande en tant qu'elle concerne le demandeur lui-même (chiffre 3 des conclusions). S'agissant des prestations concernant la fille du

demandeur et de son épouse, elle réserve ses conclusions jusqu'à la réception de pièces médicales complémentaires (chiffre 5 des conclusions).

Sous l'angle formel, elle conteste la capacité du demandeur à agir pour son épouse sans procuration de celle-ci. Se fondant sur des avis de son médecin-conseil, elle nie par ailleurs le droit du demandeur et de son épouse au versement du capital assuré, au motif principal que les critères d'une hospitalisation n'étaient pas remplis, que la question de la nécessité d'un traitement intraveineux correspondant à une déshydratation très légère se posait, qu'un tel traitement pouvait quoi qu'il en soit être dispensé en ambulatoire et que le traitement conforme aux règles de l'art pour une telle déshydratation aurait dû intervenir par voie orale (*per os*).

Dans sa réplique du 4 février 2026, le demandeur maintient sa position selon laquelle les conditions de versement des prestations en capital assurées sont remplies. Se référant aux conditions générales d'assurance, il relève notamment qu'en cas de sinistre, le versement de la somme fixée contractuellement dans la police est dû indépendamment du dommage effectif subi. Il ajoute en substance qu'une affection peut être prise en charge selon des approches thérapeutiques différentes et que l'appréciation rétrospective et abstraite du médecin d'assurance ne saurait prévaloir sur celle du médecin intervenu sur place qui a quant à lui personnellement examiné les patients et fixé les modalités de traitement sur des constatations cliniques objectives.

Le demandeur produit par ailleurs une procuration datée et signée par son épouse.

Dans sa duplique du 18 mars 2026, la défenderesse campe sur ses positions. Elle réaffirme en particulier que l'existence même d'un traitement stationnaire, ainsi que la justification médicale d'un tel traitement ne sont pas établies.

Par courrier du 12 mai 2026 (date du timbre postal), le recourant renonce à la tenue de débats. Il précise notamment que les pièces au dossier établissent à satisfaction l'existence d'une hospitalisation stationnaire.

Le 19 mai 2020, la défenderesse renonce à son tour à la tenue de débats.

en droit

1.

Questions de procédure

1.1. Selon l'art. 7 du code du 19 décembre 2008 de procédure civile (CPC; RS 272), les cantons peuvent instituer un tribunal qui statue en tant qu'instance cantonale unique sur les litiges portant sur les assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale selon l'art. 12 al. 2 de la loi du 8 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal; RS 832.10). Le canton de Fribourg a fait usage de cette possibilité en soumettant ces litiges à la compétence du Tribunal cantonal (art. 53 al. 1 de la loi cantonale du 31 mai 2010 sur la justice [LJ; RSF 130.1]).

L'art. 28 let. e du règlement du 22 novembre 2012 du Tribunal cantonal précisant son organisation et son fonctionnement (RTC; RSF 131.11) attribue à la II^e Cour des assurances sociales la compétence pour connaître des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale selon la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal).

La II^e Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est dès lors compétente pour statuer dans la présente cause en tant qu'elle porte sur le versement d'indemnités en capital en cas d'hospitalisation.

La demande du 24 septembre 2025 est ainsi recevable.

1.2. La procédure simplifiée est applicable (art. 243 al. 2 let. f CPC), sans égard à la valeur litigieuse. La Cour établit d'office les faits (art. 247 al. 2 let. a CPC).

Le litige est donc soumis à la maxime inquisitoire sociale (arrêt TF 4A_318/2016 du 3 août 2016 consid. 2.1) et la Cour doit prendre en compte les faits juridiquement pertinents même si les parties ne les ont pas invoqués (ATF 130 III 102 consid. 2.2). Cette maxime ne libère toutefois pas de façon générale les parties de la charge d'alléguer les faits et de proposer leurs moyens de preuve. Elle ne fait pas du juge l'avocat des parties, au risque de fausser l'équilibre du débat judiciaire (voir BOHNET, CPC annoté 2016, art. 247 n. 2 et la jurisprudence citée; arrêts TC FR 608 2017 60 du 26 avril 2018 consid. 4.2.2; 608 2019 321 du 9 avril 2021 consid. 1.2).

1.3. La représentation non professionnelle par une personne de confiance est autorisée (art. 68 al. 1 CPC). Certains liens (familiaux, amicaux, sociaux, etc.) doivent avoir été tissés entre le représenté et le représentant qui doit dès lors être une personne physique (DIETSCHY MARTENET, Le procès civil social, 2018, n. 57). Dans le cadre des procès civils sociaux comprenant des allègements procéduraux (maxime inquisitoire sociale), il faut admettre plus largement la capacité du représentant à défendre les intérêts du représenté et réduire l'exigence de connaissances juridiques et judiciaires suffisantes avancée par certains auteurs (DIETSCHY MARTENET, n. 57; contra BOHNET/ECKLIN, La représentation en procédure civile suisse, RDS 137 (2018) I 327-351, p. 333 s.).

En l'espèce, le demandeur qui a produit dans sa duplique une procuration signée de la main de son épouse agit ainsi valablement également au nom de celle-ci.

1.4. L'enfant mineur qui ne dispose pas de la capacité d'ester seul en justice (art. 67 al. 1 *a contrario* et al. 3 CPC) doit être représenté (art. 17 et 19 CC). Ses parents détenteurs de l'autorité parentale peuvent agir en son nom (art. 296 al. 2 et 304 al. 1 CC) sous réserve d'un conflit d'intérêt (art. 306 al. 2 et 3 CC). Selon la teneur de l'art. 304 al. 2 CC, le parent agissant au nom de l'enfant agit en principe avec le consentement de l'autre (CR-CC-CHAPPUIS, 2^{ème} éd. 2023, art. 304 n. 7).

En l'espèce, le demandeur a contracté l'assurance pour sa fille mineure qui est incapable de discernement en raison de son jeune âge. Partant, le recourant peut valablement agir en son nom et pour ses intérêts dans une procédure découlant de ce contrat.

1.5. Le Tribunal appréciant librement les preuves, il procède à une analyse objective des éléments portés à son attention et motive ses choix quant à l'appréciation de ces éléments de preuves (art. 157 CPC). La valeur probante d'un rapport médical dépend avant tout de son contenu, à savoir une analyse circonstanciée basée sur des examens complets présentant une description claire de la situation médicale (ATF 125 V 351 consid. 3a).

2.

Droit et conditions contractuelles applicables

2.1. Les assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la LAMal sont soumises au droit privé et, plus particulièrement, à la loi du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (LCA; RS 221.229.1) et au droit des obligations pour le surplus (art. 12 al. 3 LAMal; art. 100 al. 1 LCA).

En l'espèce, les contrats d'assurance concernés se réfèrent aux conditions générales pour les assurances-maladies complémentaires édictées par la défenderesse (CGC – édition du 1^{er} janvier 2022). Celles-ci doivent être interprétées de la même manière que les autres dispositions contractuelles étant donné qu'elles sont parties intégrantes de la relation contractuelle entre l'assureur et l'assuré (ATF 133 III 675 consid. 3.3 ; ATF 122 III 118 consid. 2a).

Les assureurs sont par ailleurs libres d'édicter, en plus, des dispositions statutaires ou réglementaires applicables à une couverture spécifique (ATF 124 V 201 consid. 3d et les références citées). Dans ce sens, des conditions particulières de l'assurance H-Capital (KH) (CGS-KH – édition du 1^{er} janvier 2022) ont également été intégrées aux contrats d'assurance litigieux.

2.2. D'après l'art. 38 al. 1 LCA, l'assuré est soumis à un devoir d'annonce spontanée. L'art. 31 ch. 2 CGC précise cette incombance en octroyant un délai de 5 jours dès l'entrée à l'hôpital ou en clinique sous réserve de réduction ou de refus des prestations.

2.3. L'art. 39 al. 1 LCA fixe le devoir de justification des prétentions. L'assuré doit, sur demande de l'assureur, fournir tout renseignement nécessaire au traitement du dossier. Cette obligation légale de collaboration vise à préciser les circonstances utiles à établir les conséquences. Le devoir de collaborer de l'assuré porte ainsi uniquement sur (toutes) les informations jugées nécessaires par l'assureur.

L'art. 39 LCA étant de nature dispositive, les conditions générales d'assurance peuvent prévoir des obligations supplémentaires comme l'obligation générale de collaborer avec l'assureur (voir not. arrêt TF 4A_271/2021 du 7 février 2022 consid. 2.1 ss ; CR-LCA-GAULIS / JACCARD, 2022, art. 39 n. 19 s.). En cas de violation de ladite obligation de collaborer, l'art. 39 al. 2 ch. 2 LCA permet à l'assureur de fixer des sanctions supplémentaires telle qu'une clause de déchéance permettant d'annihiler le droit aux prestations si l'assuré ne remet pas les pièces requises par l'assureur dans un délai donné (arrêt TF 4A_490/2019 du 26 mai 2020 consid. 5).

2.4. L'art. 33 LCA (et l'art. 18 CO) permet de limiter l'étendue du risque. Le Tribunal fédéral considère de jurisprudence constante que si l'interprétation selon le principe de la confiance ne permet pas de dégager le sens de clauses ambiguës, celles-ci sont à interpréter contre l'assureur les ayant rédigées (*contra stipulatorem*) (ATF 142 III 671 consid. 3.3 ; arrêt TF 4A_186/2018 du 4 juillet 2019 consid. 4.1). Les clauses sont opposables à l'assuré seulement si elles sont rédigées de façon suffisamment précise et non équivoque (ATF 133 III 675 consid. 3.3; arrêt TF 4A_186/2018 précité consid. 4.1). En ce sens, l'interprétation *contra stipulatorem* nécessite un doute suffisamment important pour que les moyens ordinaires d'interprétation ne suffisent pas à en tirer un sens clair (ATF 122 III 118 consid. 2d ; ATF 118 II 342 consid. 1a).

3.

Questions litigieuses

Le demandeur estime que, selon l'art. 3 ch. 1 des CGS-KH, le capital est dû en cas d'hospitalisation stationnaire aiguë, notamment lorsque l'assuré occupe un lit pendant une nuit, indépendamment de la durée exacte du séjour. Selon lui, les pièces produites suffisent à prouver l'admission dans un établissement de soins avec occupation d'un lit durant la nuit afin d'obtenir un traitement par perfusion et de faire l'objet d'une surveillance médicale. Il en déduit, également au regard de l'art. 3a ch. 3 CGC, qu'en cas de sinistre, le versement du capital assuré devrait être effectué indépendamment du dommage effectif subi. Dans cette ligne, il soutient que la clause d'exclusion en cas de traitement inefficace, prévu à l'art. 18 let. d CGC, ne devrait pas trouver application dans une assurance de somme telle que le contrat litigieux.

La défenderesse est au contraire d'avis que les documents fournis ne suffisent pas à établir le droit aux prestations. En effet, aucune facture détaillée de l'hôpital, aucun résultat de laboratoire, ni aucune feuille de surveillance infirmière n'ont été produits. Elle ajoute que selon la traduction qu'elle a effectuée, les documents transmis seraient établis par un médecin spécialiste en médecine de famille. Elle relève enfin que la question de la nécessité d'un traitement intraveineux correspondant à une déshydratation très légère se pose, qu'un tel traitement pouvait quoi qu'il en soit être dispensé en ambulatoire et que le traitement conforme aux règles de l'art pour une telle déshydratation aurait dû intervenir par voie orale (*per os*).

Le litige porte ainsi d'abord sur les conditions mêmes qui doivent être remplies pour ouvrir le droit à la prestation en capital assurée respectivement pour le demandeur, son épouse et leur fille. Il s'agit dès lors dans un premier temps de définir ces conditions, notamment en revenant sur l'affirmation du demandeur selon laquelle l'assurance en question serait une assurance de somme ouvrant le droit aux prestations indépendamment de l'existence d'un dommage subi par les personnes assurées. Puis, dans un deuxième temps, il conviendra également de déterminer pour chaque personne assurée si les conditions en question sont remplies. Dans cette démarche, il devra être examiné si les faits allégués à l'appui de la demande sont suffisamment établis.

4.

Conditions ouvrant le droit à la prestation en capital assurée

4.1. A teneur de l'art. 1 CGS-KH, l'assurance H-Capital couvre les conséquences économiques de la maladie et d'accident, à l'exclusion de la maternité.

L'art. 3 CGS-KH énonce à son ch. 1 que le capital en cas d'hospitalisation est octroyé dans le cadre d'une hospitalisation stationnaire de type aigu d'une durée supérieure à 24 heures ou de moins de 24 heures au cours de laquelle un lit est occupé durant une nuit. Il précise à son ch. 2 que le capital est versé notamment dans le cas d'une hospitalisation dans un établissement hospitalier suisse reconnu, en soins généraux ou psychiatriques, pour les maladies de type aigu, et dans le cas d'une hospitalisation à l'étranger. Il énumère par ailleurs à son ch. 5 des cas où les prestations ne sont pas versées, notamment les traitements ambulatoires et la semi-hospitalisation.

L'art. 5 ch. 1, 1^{ère} phrase, CGS-KH prévoit qu'en cas d'hospitalisation stationnaire de type aigu conformément à l'art. 3 CGS-KH, l'assurance H-Capital octroie le capital assuré. Dans ce sens,

l'art. 5 ch. 2 CGS-KH mentionne que les prestations de l'assurance H-Capital relèvent de l'assurance de sommes.

L'art. 6 ch. 1, 1^{ère} phrase, CGS-KH énonce encore que le versement des prestations de l'assurance est effectué sur présentation de la facture de l'établissement hospitalier. Cette disposition doit être lue en lien avec l'art. 16 ch. 2 et 3 CGC et l'art. 31 ch. 1 CGC qui imposent à l'assuré de fournir à l'assureur les factures détaillées et, sur demande de l'assureur, à envoyer l'original de la facture ainsi que les autres pièces justificatives nécessaires (rapports médicaux, ordonnances, attestations de paiement, etc.).

Enfin, de façon plus générale, les cas d'exclusion des prestations prévus par l'art. 18 let. d CGC sont également applicables à l'assurance H-Capital. Ainsi, il n'y a pas de couverture d'assurance pour les coûts d'un traitement inefficace (traitement dont l'efficacité n'a pas été démontrée selon des méthodes scientifiques), inadéquat (traitement qui est contre-indiqué ou non adapté, ou lorsque l'indication médicale n'est pas clairement établie) ou non économique (traitement qui aurait pu être remplacé par un autre traitement meilleur marché, ou s'il est inutile).

4.2. Il résulte de ce qui précède que l'assurance H-Capital constitue une assurance de somme, de telle sorte que les prestations en capital convenues ne sont pas subordonnées à la survenance d'une perte économique effective subie par les personnes assurées.

Il n'en demeure pas moins que le droit aux prestations assurées est ouvert seulement s'il est établi que les conditions posées au sens de ce qui précède par les art. 3 ch. 1 et 2, ainsi que 5 ch. 1 CGS-KH, sont remplies et pour autant qu'il n'existe pas de cas d'exclusion au sens des art. 5 CGS-KH et 18 let. d CGC.

5.

Discussion sur les conditions ouvrant le droit à la prestation

5.1. Il résulte des art. 3 CGS-KH et 5 ch. 1 CGS-KH que le droit à la prestation en capital suppose qu'il soit établi que la personne assurée a été hospitalisée dans le cadre d'une hospitalisation stationnaire de type aigu d'une durée supérieure à 24 heures ou de moins de 24 heures au cours de laquelle un lit est occupé durant une nuit.

5.2. En l'espèce, le demandeur allègue que lui-même, son épouse et leur fille ont été hospitalisés à E._____ à F._____ (Kosovo) pour une gastroentéocolite aiguë avec déshydratation, nécessitant un traitement parentéral par perfusion et une nuit d'hospitalisation.

A l'appui de cette affirmation, il se réfère en particulier au passage suivant, tiré d'un rapport rédigé en albanais à l'en-tête de E._____ et signé par Dr G._____, spécialiste en médecine de famille (voir bordereau de la défenderesse, pièce 18):

- texte en albanais: « *Të tre pacientët kanë qëndruar në ordinancë një nate, ku kanë marrë terrapinë parenterale me datën 01.08.25 dhe janë liruar nga ordianca me datën 02.08.25, gjatë qëndrimit kanë qenë perkujdesjen e ekipit të ordinancës, pas liritimit eshte rekomanduar rehidrim oral dhe dietë të lehtë në shtëpi.* ».
- traduction par le demandeur: « *Les trois patients sont restés une nuit dans l'ordonnance (clinique) où ils ont suivi une thérapie parentérale du 01.08.25 jusqu'au 02.08.25. Durant leur hospitalisation, ils ont été suivis médicalement par l'équipe médicale.* ».

Une comparaison avec le texte traduit en français des trois autres rapports figurant au dossier, également rédigés en albanais à l'en-tête de E._____ et signés par Dr G._____ (voir bordereau de la défenderesse, pièces 19 à 21) fait apparaître que la traduction proposée par le demandeur est incomplète et comporte certaines imprécisions. Il ressort ainsi des rapports en question que les patients ont reçu la thérapie parentérale le 1^{er} août 2025, qu'ils ont été libérés de la clinique le 2 août 2025, que pendant leur séjour ils ont été pris en charge par l'équipe de la clinique, que la thérapie a été administrée selon les directives du médecin et qu'il a été conseillé aux patients de poursuivre le traitement avec une réhydratation orale et une alimentation légère à la maison.

5.3. Les explications médicales susmentionnées vont plutôt dans le sens d'une prise en charge d'urgence pour l'administration d'un simple traitement parentéral destiné à traiter une affection relativement bénigne. Les produits administrés, à savoir du NaCl 0.9% garantissant l'hydratation des patients, combiné à un antibiotique, à un inhibiteur de la pompe à proton visant à réduire l'acidité gastrique, ainsi qu'à de la vitamine B6, s'inscrivent également dans cette ligne. Il en va de même du contexte dans lequel a eu lieu le traitement, à savoir une « *ordinanca* » qui peut certes se traduire en français par « *clinique* », mais qui s'apparente plutôt à une structure de proximité de type « *cabinet médical* », à distinguer d'un « *spitali* », à savoir un hôpital.

Dans ce contexte, le seul fait que le médecin qui a supervisé le traitement au Kosovo mentionne dans ses attestations que ses trois patients ont passé la nuit dans son établissement médical ne suffit pas à conclure à l'existence d'une hospitalisation de type aigu au cours de laquelle un lit a été occupé durant une nuit, au sens des art. 3 CGS-KH et 5 ch. 1 CGS-KH. Cela est d'autant moins le cas qu'on ne sait pas combien de temps ils ont passé dans l'*ordinanca* en question (heure exacte de l'entrée et de la sortie).

En conséquence, contrairement à ce que maintient le demandeur dans sa dernière détermination du 10 mai 2026, les pièces au dossier ne suffisent pas à établir que lui-même, son épouse ainsi que leur fille ont été hospitalisés dans le cadre d'une hospitalisation stationnaire de type aigu au cours de laquelle un lit a été occupé durant une nuit.

Il en résulte que pour cette raison déjà, les conditions ouvrant le droit aux prestations en capital ne sont pas remplies, ce constat valant pour les trois personnes assurées.

6.

Discussion sur l'existence d'un cas d'exclusion

6.1. Indépendamment de ce qui précède, il peut encore être relevé que même si la condition de l'hospitalisation stationnaire de type aigu avec occupation d'un lit durant une nuit avait été remplie, l'existence d'un cas d'exclusion au sens des art. 5 CGS-KH et 18 let. d CGC doit être constatée, dans le sens de ce qui suit.

6.2. Dans ses prises de position relatives à la situation du demandeur et de son épouse, le médecin-conseil de l'assureur relève notamment que l'administration de respectivement 500 ml et 300 ml de NaCl 0.9% garantissant l'hydratation des patients, combinée à un antibiotique (120 mg, respectivement 60 mg de Gentamicin), à un inhibiteur de la pompe à proton visant à réduire l'acidité gastrique (40 mg, respectivement 15 mg de Pantoprazol) ainsi qu'à de la vitamine B6, à des patients âgés de 31 et 30 ans, ne constituait pas un motif suffisant pour une prise en charge stationnaire. Un tel traitement permet plutôt selon lui d'en déduire que l'affection dont ils ont souffert n'était qu'une très légère déshydratation pouvant être soignée en ambulatoire et que le traitement conforme aux

règles de l'art aurait été un traitement par voie orale (*per os*) étant donné qu'aucun vomissement n'a été signalé. Il s'étonne de l'absence de traitement antalgique, anti-fébrifuge et anti-nauséeux.

Selon le même médecin, le seul traitement administré à la fille du demandeur et de son épouse ne permettait pas non plus de conclure à l'existence d'une affection qui aurait justifié un traitement stationnaire, à défaut d'un rapport médical complémentaire (résultats de laboratoire et feuille de surveillance infirmière).

Quant aux rapports médicaux établis par le médecin traitant au Kosovo, ils font certes état de gastroentérocologie, à savoir une inflammation de l'estomac et de l'intestin grêle qui s'étend jusqu'au colon, avec fièvre, douleurs abdominales, fatigue corporelle, manque d'appétit et nausées et avec à l'examen clinique des signes de déshydratation légère et une sensibilité abdominale diffuse. Cela étant, d'après les lignes directrices de la société suisse d'Infectiologie (SSI), dans la plupart des cas, une telle inflammation, même aiguë, est une affection légère auto-limitée ne nécessitant aucun traitement stationnaire, sauf cas particuliers dont il n'est pas question en l'espèce (SOCIÉTÉ SUISSE D'INFECTIOLOGIE (SSI), *Gastro-entérite infectieuse*, www.ssi.guidelines.ch/guideline/3465/fr [consulté le 11 juin 2026]). Ces recommandations préconisent, dans le cas de patients adultes et en bonne santé, de favoriser la réhydratation par l'apport de liquides par voie orale (eau, jus de fruits, soupes ou solutions isotoniques). Le traitement antibiotique n'est en principe pas indiqué dans la prise en charge de premier recours et est même déconseillé chez des adultes avec diarrhée aiguë d'étiologie inconnue. Le risque augmente aux extrêmes d'âge en raison de la déshydratation accélérée. Dans la même ligne, les recommandations de la SSI prévoient une hospitalisation uniquement en cas de vomissement et d'incapacité à retenir les liquides ou en cas de signes de choc ou de déshydratation majeure.

Or, en l'espèce, les symptômes mentionnés dans les documents produits par le demandeur n'indiquent pas qu'il s'agisse d'affections d'une intensité particulière, mais plutôt d'inflammations ordinaires voire bénignes, eu égard à la déshydratation légère dont il est fait état, également pour la fille des demandeurs.

Dès lors, le médecin-conseil consulté par la défenderesse doit être suivi lorsqu'il retient que l'administration d'une perfusion de NaCl 0.9% garantissant l'hydratation des patients combinée à un antibiotique (Gentamicin), un inhibiteur de la pompe à proton visant à réduire l'acidité gastrique (Pantoprazol) et de la vitamine B6 en complément, constituait un traitement disproportionné par rapport à la gravité de l'atteinte et non conforme aux directives médicales suisses en cas d'affection de ce type.

6.3. Quant à l'avis du demandeur selon lequel une approche ou une pratique médicale divergente expliquerait le traitement administré et l'absence de certains rapports médicaux plus précis quant à la nécessité d'une surveillance accrue, il n'apparaît guère convaincant. A cet égard, indépendamment du lieu et des pratiques régionales, l'absence de fiche de suivi infirmier faisant à tout le moins état de la prise des valeurs minimales telles que le pouls et la température corporelle conforte elle aussi l'appréciation selon laquelle les affections étaient de peu de gravité sur le plan médical et ne justifiaient pas une prise en charge stationnaire en hôpital.

Il en va enfin de même en ce qui concerne les coûts de traitement de EUR 200.- au total. Nonobstant l'application des tarifs de soins au Kosovo inférieurs aux frais de traitement en Suisse, ce montant est en effet révélateur du caractère peu complexe de la prise en charge.

6.4. Ainsi, les éléments du dossier conduisent à admettre que, même s'il avait été retenu que les trois personnes assurées avaient effectivement bénéficié d'une hospitalisation stationnaire de type aigu avec occupation d'un lit durant une nuit, le caractère inadéquat et non économique d'une telle prise en charge aurait dû être relevé. Or, ce caractère inadéquat et non économique du traitement, au sens de l'art. 18 let. d CGC est également une cause d'exclusion des prestations d'assurance.

Il en résulte que pour cette raison également, le droit aux prestations revendiquées pour les trois personnes assurées doit être nié.

7.

Sort de la demande, frais et dépens

7.1. Sur le vu de ce qui précède, la demande doit être rejetée.

7.2. En application de l'art. 114 let. e CPC, il n'est pas perçu de frais judiciaires.

7.3. Vu le sort du recours, il n'est pas alloué de dépens au demandeur et aux demandereses, au demeurant non représentés par un mandataire professionnel. Bien qu'elle obtienne gain de cause, la défenderesse n'est pas représentée par un mandataire professionnel et agit dans un domaine qui lui est familier et qui ne comporte, à son égard, pas de difficulté particulière, de telle sorte qu'il n'y a pas lieu de lui attribuer une indemnité pour des dépens (ATF 113 Ib 353 consid. 6b; arrêt TF 4A_355/2013 du 22 octobre 2013 consid. 4.2; CR-CPC-TAPPY, 2^{ème} éd. 2019, art. 95 CPC n. 26 ss et 36 ss).

(dispositif en page suivante)

la Cour arrête :

- I. La demande est rejetée.
- II. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
- III. Il n'est pas alloué de dépens.
- IV. Notification.

Cet arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière civile au Tribunal fédéral dans les trente jours qui suivent sa notification. La qualité et les autres conditions pour interjeter recours sont déterminées par les art. 72 à 77 et 90 ss de la loi sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF). L'acte de recours motivé doit être adressé au Tribunal fédéral, 1000 Lausanne 14.

Fribourg, le 15 juin 2026/*cfu/msu*

La Présidente

Le Greffier-stagiaire