

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Jugement du 25 mai 2010

Présidence de M. JOMINI, juge unique
Greffier : M. Simon

Cause pendante entre :

Z. _____, à Pully, demandeur, représenté par Me Jacques Micheli, avocat à Lausanne,

et

P. _____ **ASSURANCE-MALADIE SA**, à Lausanne, défenderesse.

Art. 33 LCA et art. 18 al. 1 CO

E n f a i t :

A. Z._____ (ci-après: l'assuré) bénéficiait, en 2002, de l'assurance complémentaire d'hospitalisation Hospita classe 4 (division privée de tous les hôpitaux publics et privés en Suisse et au Liechtenstein) auprès de P._____ Assurance-maladie SA (ci-après: P._____). Il était assuré, pour l'assurance obligatoire des soins, auprès de la caisse-maladie H._____ (ci-après: H._____).

B. En raison d'un excès pondéral important (150 kg pour 178 cm), l'assuré a subi en octobre 2000 un «by-pass» gastrique. L'opération a été pratiquée par le professeur S._____, chef de service au département de chirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après: HUG). Cette opération a été prise en charge par H._____. A la suite de cette opération, l'intéressé a perdu 50 kg et a réduit son BMI à 31,9. Cet amaigrissement massif s'est traduit par un excès cutanéograsseux avec des replis cutanés.

C. Le 20 février 2002, la Dresse Q._____, médecin associée à la division de chirurgie réparatrice (unité de chirurgie plastique reconstructive) des HUG a demandé à H._____ de prendre en charge une intervention projetée de chirurgie reconstructive consistant en une abdominoplastie avec cure de diastasis par plicature des droits. Ce médecin précisait que la perte pondérale avait entraîné un excès cutané abdominal avec un repli occasionnant de nombreux problèmes d'hygiène et une mycose chronique traitée par anti-mycotiques. De plus, le patient souffrait d'un important relâchement de la paroi abdominale avec, au site de la cicatrice sus-ombilicale, un large diastasis des muscles droits abdominaux. Le 4 avril 2002, H._____ a répondu que les conditions mises à l'allocation de prestations n'étaient pas remplies dans le cas particulier.

A sa demande, l'assuré a été examiné le 10 avril 2002 par le Dr D._____, spécialiste FMH en médecine interne à Puidoux et médecin-

conseil de H._____. A cette occasion, le médecin-conseil a noté la présence d'un tablier de Hottentot, avec un recouvrement cutané d'environ quatre centimètres; il existait aussi un important relâchement de la musculature abdominale, sans véritable hernie. En revanche, le médecin-conseil n'a constaté ni inflammation cutanée ni pigmentation qui témoigneraient d'un intertrigo. Il estimait que l'opération, à caractère essentiellement esthétique, n'était pas à la charge de l'assurance-maladie. Il en a avisé l'assuré sur le champ (rapport de consultation du 17 avril 2002). L'intervention projetée a été pratiquée le 15 avril 2002 par la Dresse Q._____. L'assuré est entré aux HUG le 15 avril 2002, le jour de l'opération, et il est resté hospitalisé jusqu'au 7 mai 2002.

D. H._____ a refusé formellement, par une décision du 1^{er} mai 2002, de prendre en charge l'abdominoplastie effectuée aux HUG. Cette première décision a été confirmée par une décision du 28 juillet 2003 rejetant l'opposition de l'assuré.

La décision du 28 juillet 2003 de H._____ a fait l'objet d'un recours au Tribunal des assurances, formé par Z._____ (recours enregistré sous la référence AM 74/03). Ce recours a été rejeté le 20 décembre 2004. L'assuré a formé contre ce jugement un recours de droit administratif, que le Tribunal fédéral des assurances a rejeté par un arrêt rendu le 22 juin 2005 (cause K 50/05). Les considérants de cet arrêt sont les suivants:

"1. Le recourant reproche aux premiers juges d'avoir considéré, en dépit des preuves contraires apportées, que l'opération litigieuse avait un caractère essentiellement esthétique. Il soutient, en effet, que l'intervention a été motivée essentiellement par des raisons médicales. Les premiers juges, suivant en cela les constatations du docteur D._____, auraient minimisé la taille du tablier d'Hottentot. Ils auraient en outre nié, contre les avis médicaux concordants, l'existence d'une affection dermatologique. L'opération aurait eu, en outre, une incidence favorable sur son psychisme. La juridiction cantonale n'aurait pas davantage tenu compte du fait que l'opération avait été nécessaire pour réparer l'important relâchement de sa sangle musculaire abdominale et remédier à des entraves fonctionnelles.

[...]

2.2. En principe, les défauts esthétiques en tant que conséquence d'une maladie ou d'un accident n'ont pas valeur de maladie. Au sujet des traitements chirurgicaux, le Tribunal fédéral des assurances considère cependant qu'une opération sert non seulement à la guérison proprement dite de la maladie ou des suites immédiates d'un accident, mais aussi à l'élimination d'autres atteintes, secondaires, dues à la maladie ou à un accident, notamment en permettant de corriger des altérations externes de certaines parties du corps - en particulier le visage - visibles et spécialement sensibles sur le plan esthétique; aussi longtemps que subsiste une imperfection de ce genre due à la maladie ou à un accident, ayant une certaine ampleur et à laquelle une opération de chirurgie esthétique peut remédier, l'assurance doit prendre en charge cette intervention, à condition qu'elle eût à répondre également des suites immédiates de l'accident ou de la maladie. Il faut également réserver les situations où l'altération, sans être visible ou particulièrement sensible ou même sans être grave, provoque des douleurs ou des limitations fonctionnelles qui ont clairement valeur de maladie. Ainsi des cicatrices qui provoquent d'importantes douleurs ou qui limitent sensiblement la mobilité [...].

2.3 Conformément aux considérations qui précèdent, le Tribunal fédéral des assurances a jugé dans une jurisprudence rendue sous l'empire de la LAMA - jurisprudence qui conserve sa valeur sous le régime de la LAMal - que l'élimination chirurgicale des plis du ventre après une cure d'amaigrissement (prise en charge par l'assureur) est une mesure qui relève, en principe tout au moins, de la chirurgie esthétique et qui, en conséquence, n'ouvre pas droit aux prestations de l'assurance-maladie (RAMA 1985 no K 638 p. 197).

3. En l'espèce, il n'y a pas de motifs qui justifieraient de statuer différemment que dans l'affaire susmentionnée. Comme dans cette affaire, il n'existe pas de circonstances particulières qui conduirait à reconnaître une prise en charge par l'assurance-maladie.

3.1 On retiendra, tout d'abord, que l'intervention n'était pas justifiée par un état pathologique.

3.1.1 Les médecins spécialistes en dermatologie confirment en effet que, de leur point de vue, cette intervention n'était pas nécessaire. Le problème d'irritation cutanée liée au repli de la peau (intertrigo) ne requiert pas une intervention chirurgicale. De simples mesures d'hygiène et un traitement local sont tout à fait suffisants pour y remédier (rapports des docteurs L. _____ du 29 janvier 2003 et de la doctoresse J. _____ du 4 février 2003). Cette appréciation n'est pas démentie par le docteur X. _____, également dermatologue, qui relate des améliorations cutanées explicables pour l'essentiel par l'intervention chirurgicale destinée à remédier à l'obésité; on ne peut rien déceler dans son rapport qui plaiderait véritablement en faveur d'une indication pour une opération chirurgicale en raison des séquelles de la première opération (rapport du 7 octobre 2002).

3.1.2 On ne saurait davantage considérer que l'intervention était justifiée par l'état psychique du patient. Selon le docteur T. _____ (spécialiste FMH en psychiatrie et en psychothérapie), l'assuré souffrait de façon évidente de son obésité, puis des séquelles du «by-pass». Depuis la dernière opération, la symptomatologie

psychopathologique s'est visiblement atténuée, du fait, en particulier, que le patient ne se sent plus rejeté par la société. Toutefois, au dire même du docteur T._____, les troubles psychiques du recourant, à savoir une dépression majeure récurrente, se sont déclarés sur le plan clinique à la suite d'une série de déboires familiaux et professionnels graves. Le psychiatre admet d'ailleurs que les «problèmes de fond» demeurent et que l'équilibre global du patient, bien qu'amélioré, reste fragile, puisque son étiopathogénie dépend d'autres facteurs aussi (rapport du 16 octobre 2002). Par conséquent, même si l'intervention litigieuse a influé favorablement sur le psychisme de l'assuré, il n'est pas possible, en l'espèce, d'établir un lien de causalité entre les troubles dépressifs et les séquelles morphologiques de l'opération ayant conduit à un amaigrissement de l'intéressé.

3.1.3 S'agissant des limitations fonctionnelles, elles sont certes évoquées dans un rapport du professeur S._____ du 24 septembre 2002, selon lequel les excès cutanés gênaient le patient dans l'habillement et la mobilité. Le médecin ne fournit toutefois pas d'informations plus précises à ce sujet. On ne peut en tout cas pas déduire de ce rapport que l'intéressé présentait des limitations fonctionnelles importantes, qui eussent justifié une intervention chirurgicale.

3.2 Le recourant a encore produit un rapport d'expertise privée du 12 juin 2003 établi par le docteur N._____, spécialiste FMH en chirurgie, du 12 juin 2003. Ce document n'apporte toutefois pas d'élément nouveau qui soit décisif. En réalité, l'expert passe en revue les rapports médicaux versés au dossier et procède à sa propre appréciation des preuves, en écartant les avis des docteurs D._____, L._____ et J._____, tout en apportant son soutien à d'autres avis exprimés, en particulier, par le docteur S._____, qui iraient dans le sens d'une prise en charge de l'intervention. Dans ses conclusions, l'expert note que l'abdominoplastie intervenue en avril 2002 était justifiée, non par un but exclusivement esthétique, mais pour des motifs médicaux, liés notamment à l'importance du tablier de Hottentot qu'il qualifie de «volumineux». Pour le docteur N._____, il s'agissait de soigner les problèmes dermatologiques en résultant, de réparer un écartement important de la sangle musculaire abdominale antérieure et d'améliorer l'état psychique de l'assuré.

S'agissant de l'importance du tablier de Hottentot, il y a lieu d'accorder foi aux déclarations du docteur D._____ qui a examiné l'assuré quelques jours avant l'opération. Selon ce médecin, l'assuré présentait surtout, selon ses termes, "un gros ventre" avec une protubérance antérieure due à la fois à un relâchement de la musculature abdominale et à la persistance d'un important excédent graisseux. Cette protubérance recouvrait peu l'abdomen inférieur. La hauteur du recouvrement cutané était d'environ quatre centimètres. Le médecin-conseil qualifie de "minime" le tablier de Hottentot présenté alors par l'assuré (rapports des 17 avril 2002 et 26 août 2002). Cette description de l'état clinique ne révèle donc pas d'anomalie hors du commun ou un état pathologique pour lequel une correction chirurgicale eût été médicalement indiquée. On peut conclure que l'intervention visait principalement à corriger un défaut esthétique. Quant aux problèmes dermatologiques évoqués par le

docteur N._____, il convient de s'en tenir en l'espèce aux avis - mentionnés ci-dessus - exprimés par les spécialistes.

Cette même conclusion s'impose en ce qui concerne les considérations émises par le docteur R._____ dans un rapport du 20 juillet 2004.

3.3 Enfin, s'agissant d'un défaut esthétique, on retiendra qu'il ne touche pas une partie visible du corps et particulièrement sensible".

E. Dans une lettre du 21 juin 2002, la Dresse Q._____ a exposé ce qui suit, à propos de l'intervention chirurgicale:

"L'intervention s'est déroulée sans problème particulier avec la possibilité d'exciser une large bande cutanée circulaire ainsi que de resserrer la sangle abdominale.

Les premiers jours post-opératoires ont été marqués par une rétention urinaire aiguë motivant des sondages vésicaux itératifs et, au deuxième jour, une hématurie post-sondage qui a nécessité une consultation en urologie avec des mesures de débimétrie vésicale ainsi que des recherches de résidus vésicaux post-mictionnels à l'ultrason.

Parallèlement, le patient a présenté un iléus avec des douleurs abdominales et des diarrhées profuses motivant une consultation en chirurgie digestive, des examens radiologiques de l'abdomen quotidiens, la mise en place d'une sonde naso-gastrique et une bactériologie des selles qui a mis en évidence la présence de toxines de Clostridium motivant la prescription de Flagyl avec résolution progressive de l'iléus et reprise du transit.

Le 28 avril, alors que l'évolution était largement favorable, le patient présente un frisson solennel avec un pic fébrile motivant une consultation en maladies infectieuses qui met en évidence la présence d'un souffle cardiaque nécessitant de nouvelles investigations en cardiologie et en urologie, à la recherche d'un point de départ infectieux qui n'a d'ailleurs pu être montré de façon certaine".

Dans un rapport d'expertise du 12 juin 2003, (expertise privée, mandat donné par l'assuré), le Dr N._____, spécialiste FMH en chirurgie à Lausanne, a indiqué ceci à propos des suites de l'intervention, après avoir lui-même procédé à des examens les 6 mai et 5 juin 2003 (p. 3):

"En raison de l'importance de ce tablier, une abdominoplastie de "type circulaire" e été pratiquée par la Dresse Q._____ [...]. Malheureusement, cette intervention a été compliquée par des problèmes infectieux semble-t-il sérieux, puisqu'on parle d'un état septique ou même d'une septicémie sur infection urinaire de sondages vésicaux probable et également un problème de reprise

du transit (sur iléus paralytique?). Il a nécessité des soins appropriés durant trois semaines".

Ce rapport comporte aussi le passage suivant (p. 13, à propos de la justification de l'opération):

"Même sur le plan économique, je serais persuadé que si on devait soigner les problèmes dermatologiques et autres à vie, le coût serait plus élevé par rapport à une intervention, qui n'est pas connue d'être spécialement "dangereuse" (comme certains confrères la décrivent) et qui nécessite en général un séjour d'une semaine environ."

F. Le montant total facturé par les HUG pour cette hospitalisation est de 40'769 fr. 35 (cf. facture n° 9149751 du 30 mars 2006, qui indique un montant final de 32'561 fr. 35, après déduction de 8'208 fr.).

Pour les frais liés aux complications survenues dans la phase post-opératoire (infection, septicémie - cf. rapports médicaux précités), H._____ est intervenue dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins en prenant en charge 19 jours d'hospitalisation (c'est-à-dire du 5^{ème} au dernier jour) au tarif de 432 fr., soit au total 8'208 fr. De son côté, pour cette même période, P._____ a payé à l'assuré 13'121 fr. 80, correspondant à des soins non couverts par l'assurance de base, facturés par les HUG à partir du 19 avril 2002.

La différence entre la facture totale (40'769 fr. 35) et les montants pris en charge par les compagnies d'assurance H._____ et P._____ (8'208 fr. + 13'121 fr. 80 = 21'329 fr. 80) est de 19'439 fr. 55.

G. Les conditions générales d'assurances de P._____, édition 2002 (ci-après: CGA) contiennent les clauses suivantes, dans le chapitre "Etendue de l'assurance et définitions":

"Art. 5 Comment pouvez-vous vous assurer?"

Vous pouvez assurer les genres de prestations suivants:

- a) les frais de soins engendrés par la maladie, les accidents et la maternité selon l'assurance obligatoire des soins et les assurances complémentaires,

- b) des indemnités journalières selon des Conditions générales d'assurance séparées,
- c) des prestations en capital pour les cas d'invalidité et de décès selon les Conditions spéciales.

Art. 6 Définitions et application des CGA

L'assurance de base est l'assurance obligatoire des soins et des accidents qui, en vertu de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, doit être assurée obligatoirement à titre de couverture minimale.

Les assurances complémentaires sont les compléments individuels que vous pouvez conclure pour compléter l'assurance de base.

Toutes les dispositions des présentes CGA sont valables aussi bien pour l'assurance-maladie sociale que pour les assurances complémentaires, dans la mesure où il n'y a pas de dérogations expresses.

Sauf réglementation contraire expresse, toutes les définitions de la LAMal sont également valables, au sens du présent contrat, pour l'assurance complémentaire.

Art. 7 Quels traitements sont pris en charge?

P._____ prend en charge les frais de traitements et de mesures préventives appropriés et économiques s'ils sont efficaces.

Vous trouverez des dispositions supplémentaires dans les Conditions spéciales des assurances complémentaires souscrites".

Les clauses suivantes des CGA concernent l'assurance complémentaire d'hospitalisation Hospita (conditions spéciales; ci-après CGA Hospita):

"Art. 1 But

En cas de traitement en milieu hospitalier dans les hôpitaux pour soins aigus, P._____ prend en charge, dans le cadre de l'assurance complémentaire d'hospitalisation Hospita, les frais de séjour, les frais de traitement et les frais annexes, en complément à l'assurance obligatoire des soins, qui ne sont pas pris en charge par cette dernière. En outre, d'autres prestations sont accordées dans cette assurance complémentaire selon la classe d'assurance choisie.

Art. 2 Personnes assurables

Toute personne qui n'a pas encore atteint l'âge de 60 ans révolus peut demander cette assurance.

Art. 3 Choix des classes d'assurance

P._____ prend en charge les frais de prestations lorsque ces traitements et ces mesures sont efficaces, adéquats et économiques.

Il peut être choisi parmi les classes d'assurance suivantes:

[...]

Classe 4 Division privée de tous les hôpitaux publics et privés en Suisse et dans la Principauté du Liechtenstein

[...]

Art. 6 Droit aux prestations en cas de maladie

- 1 En cas d'hospitalisation, P. _____ prend en charge les frais de traitement et de séjour conformément à la classe d'assurance choisie.
- 2 En division commune, les frais de séjour et de traitement sont pris en charge selon la convention contractuelle ou selon la réglementation tarifaire reconnue par P. _____.
- 3 En division demi-privée, les frais de séjour et de traitement, ainsi que les honoraires médicaux sont pris en charge selon les conventions contractuelles et tarifaires. Lorsque les tarifs contractuels ne sont pas appliqués, les montants forfaitaires prévus à l'art. 8, classe 2 des présentes conditions complémentaires sont versés.
. P. _____ établit une liste des établissements hospitaliers conventionnés. Les assurés peuvent se renseigner à ce sujet auprès de P. _____.
- 4 En division privée, le tarif privé usuel est remboursé.
- 5 Dans la variante d'assurance Comforta, classe 7 (chambre à deux lits) et classe 8 (chambre à un lit), les frais de séjour et les frais de nourriture (Hôtellerie) seront payés conformément au contrat liant P. _____ aux établissements hospitaliers. P. _____ n'assume aucune prestation au titre de cette assurance pour les frais de traitement, de diagnostic et de soins étant donné que l'établissement hospitalier les facture à l'assurance de base selon le tarif LAMal. Lorsque l'assuré se rend dans un hôpital non conventionné, il ne touchera aucune prestation d'assurance au titre de la classe 7 ou 8.
- 6 Les frais supplémentaires inhérents à un traitement hors du canton et indiqué médicalement ne vont pas à la charge de l'assurance complémentaire.
- 7 Pour les transplantations de la moelle osseuse et d'organes, les prestations sont fonction du tarif que nous reconnaissons".

H. Z. _____ a ouvert action devant le Tribunal des assurances par le dépôt d'une demande du 29 octobre 2003, concernant les prestations de l'assurance complémentaire. Il a conclu à ce qu'il soit prononcé que P. _____ est tenue de prendre à sa charge le coût de l'abdominoplastie réalisée le 15 avril 2002. Il s'est fondé sur les art. 1 et 3 CGA et a fait valoir qu'il bénéficiait de la prise en charge en division privée de tous les hôpitaux publics et privés en Suisse.

Cette demande a été enregistrée sous la référence AMC 27/03.

Dans son mémoire-réponse du 9 décembre 2003, P._____ a conclu au rejet de la demande. Elle a fait valoir que l'opération subie par l'assuré le 15 avril 2002 ne constituait pas une prestation à charge de l'assurance de base obligatoire et a refusé d'intervenir au titre de l'assurance complémentaire.

Par convention de procédure des 1^{er}/5 décembre 2005, le demandeur et la défenderesse ont suspendu la cause AMC 27/03 jusqu'à droit connu concernant une requête qu'Z._____ envisageait de déposer auprès de la Cour européenne des droits de l'homme, après l'arrêt précité du Tribunal fédéral des assurances dans la cause opposant l'assuré à la caisse-maladie H._____. Par cette convention, P._____ renonçait en outre à se prévaloir de l'exception de prescription.

Par acte du 13 février 2007, la requête formée par l'assuré auprès de la Cour européenne des droits de l'homme a été déclarée irrecevable.

I. Le 20 avril 2009 (dans ses déterminations au sujet de la reprise de la cause suite à la suspension de la procédure), le demandeur a précisé ses conclusions dans ce sens que la défenderesse soit condamnée de prendre à sa charge le coût de son hospitalisation aux HUG au printemps 2002 dans la mesure où ce coût n'a pas été pris en charge par H._____ et/ou par P._____.

Le juge instructeur de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a ordonné la reprise de la procédure le 28 avril 2009.

Le 10 septembre 2009, P._____ a conclu au rejet de la demande modifiée et a déposé des explications complémentaires sur le fond. Par courrier du 17 novembre 2009, l'assuré a maintenu sa position, requis la tenue d'une audience et indiqué que le montant relatif à l'abdominoplastie, nécessitant selon lui deux jours d'hospitalisation, s'élevait à 16'149 fr. 65. Le 12 février 2010, P._____ a déposé de nouvelles observations et a en substance confirmé sa position.

Lors de l'audience du 19 mai 2010, le demandeur a précisé ses conclusions, tendant au paiement par la défenderesse d'un montant de 19'440 fr. plus intérêts à 5 % l'an dès le 1^{er} janvier 2003. La défenderesse a pour sa part confirmé ses conclusions tendant au rejet de la demande.

J. La défenderesse a en outre présenté une requête (déjà soumise au tribunal dans ses écritures) tendant à ce que les pièces produites dans le cadre de l'affaire du Tribunal des assurances AM 74/03 lui soient transmises pour consultation, un délai de déterminations lui étant ensuite fixé. Le demandeur a conclu au rejet de cette requête.

Il n'a pas été statué en l'état sur cette requête par la voie incidente.

E n d r o i t :

1. **a)** La présente contestation relève du contentieux en matière d'assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale, dans le cadre d'un contrat individuel régi par la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (LCA; RS 221.229.1). Le contrat d'assurance dont il est question en l'espèce n'est donc pas soumis à la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal; RS 832.10). S'agissant d'une assurance complémentaire selon l'art. 12 al. 2 LAMal, il est régi par le droit des assurances privées, soit par la LCA (art. 12 al. 3 LAMal).

b) Le décret du Grand Conseil du 20 mai 1996 relatif à l'attribution au Tribunal cantonal des assurances de la compétence du contentieux des assurances complémentaires à l'assurance-maladie (DTAs-AM; RS 173.431), toujours en vigueur, est applicable. Le contentieux visé par ce décret doit désormais (à partir du 1^{er} janvier 2009) être jugé par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Quant bien même il s'agit d'une cause civile, la procédure prévue aux art. 106 ss LPA-VD pour l'action de droit administratif doit être appliquée (cf.

ordonnance du 28 avril 2009 dans la présente cause). En vertu du droit fédéral, les cantons doivent prévoir dans ce domaine une procédure simple et rapide dans laquelle le juge établit d'office les faits et apprécie librement les preuves (art. 85 al. 2 LSA [loi fédérale du 17 décembre 2004 sur la surveillance des entreprises d'assurance, RS 961.01]); le régime des art. 106 ss LPA-VD est compatible avec ces exigences.

2. La partie défenderesse a pu déposer une réponse, avant la suspension de la cause (premier échange d'écritures). Elle a ensuite pu se déterminer à deux reprises par écrit, et présenter son argumentation en audience. Au vu des exigences précitées du droit fédéral concernant la rapidité et la simplicité de la procédure, il ne se justifie pas de fixer un délai supplémentaire de déterminations ni d'ordonner un nouvel échange d'écritures. Il ne se justifie pas non plus de communiquer à la défenderesse, dans le cadre de l'instruction de l'action, les pièces produites par les parties - l'actuel demandeur de la caisse-maladie H. _____ - dans l'affaire AM 74/03. Il ne s'agit pas d'une affaire pendante (elle est définitivement liquidée depuis l'arrêt du Tribunal fédéral du 22 juin 2005). En outre, le demandeur a produit les mêmes pièces dans les deux procédures. La défenderesse aurait par ailleurs, à l'ouverture du présent procès en 2003 voire dans les années suivantes, pu demander à l'assureur social dont la décision avait été contestée qu'il lui communiquât une copie des pièces de son dossier. Elle ne prétend pas ne pas avoir pu obtenir cette communication, pendant cette longue période. La requête formulée par la défenderesse à l'audience doit dès lors être rejetée.

L'affaire est ainsi en état d'être jugée. Compte tenu de la valeur litigieuse, inférieure à 30'000 fr., le juge unique est compétent (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD par renvoi de l'art. 109 al. 1 LPA-VD).

3. La contestation porte sur la prise en charge par la défenderesse des frais de l'opération consistant en une abdominoplastie, réalisée le 15 avril 2002 lors de l'hospitalisation aux HUG.

Dans le cas particulier, l'hospitalisation a duré 23 jours parce qu'après l'intervention précitée, un traitement médical a dû être entrepris en raison d'une septicémie, ou d'autres problèmes qu'il n'y a pas lieu de décrire plus précisément. Un traitement médical doit être pris en charge par l'assurance-maladie même s'il est la conséquence d'une intervention chirurgicale effectuée pour des motifs esthétiques, financée entièrement par l'assuré (cf. Guy Longchamp, Conditions et étendue du droit aux prestations de l'assurance-maladie sociale, Berne 2004, p. 119). Aussi le traitement médical de la septicémie, ou des autres atteintes survenues en second lieu, a-t-il été pris en charge dans le cadre des assurances obligatoire (soit par la caisse-maladie H. _____) et complémentaire (soit par la défenderesse), à concurrence de 21'329 fr. 80 (correspondant aux frais facturés par les HUG à partir du 19 avril, soit dès le 5^{ème} jour d'hospitalisation).

Le demandeur fait valoir, sans le démontrer, que la durée d'hospitalisation normale pour une abdominoplastie serait de deux jours (courrier du 17 novembre 2009). Or ce n'est pas ce qui est affirmé dans l'expertise qu'il a lui-même produite (rapport du 12 juin 2003 du Dr N. _____, p. 13: une telle intervention nécessite en général un séjour d'une semaine environ).

Dans sa dernière écriture, du 12 février 2010, la défenderesse qualifie de manifestement irréaliste une durée d'hospitalisation de deux jours, en se référant aux APDRG ("All Patients Diagnoses Related Groups", mode de remboursement des hôpitaux suisses basé sur leurs activités) qui, pour une opération comparable (la lyse d'adhérences péritonéales), prévoit une durée d'hospitalisation comprise entre 4 et 19 jours. Cet élément n'a pas été contesté par le demandeur. En retenant une durée de 4 jours dans le cas particulier, la défenderesse - qui a appliqué les mêmes critères que l'assurance-maladie obligatoire - n'a pas fait un choix critiquable.

4. a) Dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins, le traitement de l'abdominoplastie, à savoir les actes médicaux accomplis

aux HUG durant les quatre jours d'hospitalisation concernés, n'a pas été qualifié de traitement d'une maladie (au sens des art. 3 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1], 1a al. 2 let. a LAMal et 25 al. 1 LAMal). Dans son arrêt du 22 juin 2005, le Tribunal fédéral des assurances a exposé de manière détaillée les motifs pour lesquels le traitement chirurgical – de ce qui a été considéré comme un défaut esthétique – n'ouvrait pas droit aux prestations de l'assurance-maladie obligatoire, selon la LAMal; la Cour suprême s'est prononcée en se fondant sur les mêmes rapports médicaux que ceux invoqués par le demandeur dans la présente affaire liant ce dernier à P._____.

En l'espèce, les prestations de l'assurance complémentaire sont demandées pour le traitement de ce qui est considéré par l'intéressé comme une maladie (y compris pour les frais de séjour à l'hôpital). Les conditions générales d'assurance ne contiennent en effet aucune clause consacrée spécifiquement au traitement des défauts esthétiques, ni dans le sens d'une prise en charge ni dans celui d'une exclusion. Il s'agit donc de déterminer si la notion de maladie est identique dans l'assurance obligatoire, d'une part, et dans l'assurance complémentaire, d'autre part.

b) Il y a donc lieu d'interpréter les conditions générales d'assurance de P._____ selon la théorie de la confiance et l'art. 33 LCA. La jurisprudence retient ce qui suit à ce propos (ATF 133 III 675 consid. 3.3; cf. également ATF 135 III 410 consid. 3.2; TF 4A_172/2008 du 16 mai 2008 consid. 3.1):

En présence d'un litige sur l'interprétation d'une disposition contractuelle, le juge doit tout d'abord s'efforcer de déterminer la commune et réelle intention des parties, sans s'arrêter aux expressions ou dénominations inexactes dont elles ont pu se servir, soit par erreur, soit pour déguiser la nature véritable de la convention (art. 18 al. 1 CO [code des obligations du 30 mars 1911, RS 220]). Si la volonté réelle des parties ne peut pas être établie ou si leurs volontés intimes divergent, le juge doit interpréter les déclarations faites et les comportements selon la théorie de

la confiance; il doit donc rechercher comment une déclaration ou une attitude pouvait être comprise de bonne foi en fonction de l'ensemble des circonstances; le principe de la confiance permet ainsi d'imputer à une partie le sens objectif de sa déclaration ou de son comportement, même s'il ne correspond pas à sa volonté intime.

Lorsque l'assureur, au moment de conclure, présente des conditions générales, il manifeste la volonté de s'engager selon les termes de ces conditions. Lorsqu'une volonté réelle concordante n'a pas été constatée, il faut donc se demander comment le destinataire de cette manifestation de volonté pouvait la comprendre de bonne foi. Cela conduit à une interprétation objective des termes contenus dans les conditions générales, même si celle-ci ne correspond pas à la volonté intime de l'assureur. Dans le domaine particulier du contrat d'assurance, l'art. 33 LCA précise d'ailleurs que l'assureur répond de tous les événements qui présentent le caractère du risque contre les conséquences duquel l'assurance a été conclue, à moins que le contrat n'exclue certains événements d'une manière précise, non équivoque. Il en résulte que le preneur d'assurance est couvert contre le risque tel qu'il pouvait le comprendre de bonne foi à la lecture des conditions générales; si l'assureur entendait apporter des restrictions ou des exceptions, il lui incombait de le dire clairement. Conformément au principe de la confiance, c'est à l'assureur qu'il incombe de délimiter la portée de l'engagement qu'il entend prendre et le preneur n'a pas à supposer des restrictions qui ne lui ont pas été clairement présentées.

5. a) L'assurance complémentaire Hospita prévoit la prise en charge des frais de séjour en milieu hospitalier, des frais de traitement et des frais annexes "en complément à l'assurance obligatoire des soins, qui ne sont pas pris en charge par cette dernière" (art. 1 CGA Hospita). Ces conditions spéciales précisent, à l'art. 6, l'étendue du "droit aux prestations en cas de maladie" (titre de l'art. 6 CGA Hospita). Dans les dispositions générales des CGA, il est en outre indiqué que "les assurances complémentaires sont les compléments individuels que vous pouvez conclure pour compléter l'assurance de base" (art. 6, 2^{ème} phrase CGA) et

que "sauf réglementation contraire expresse, toutes les définitions de la LAMal sont également valables, au sens du présent contrat, pour l'assurance complémentaire" (art. 6, 4^{ème} phrase CGA).

Comme il n'apparaît d'emblée pas possible de déterminer la commune et réelle intention des parties au contrat d'assurance complémentaire, ces clauses doivent être interprétées objectivement, selon les règles que l'on vient d'exposer.

b) Il résulte de cette interprétation que les prestations en cas de maladie, dans l'assurance complémentaire, sont dues s'il existe une maladie correspondant à la définition de la LAMal. En d'autres termes, si un cas de maladie est couvert par l'assurance de base, des prestations complémentaires – notamment pour les frais de séjour en division privée – sont fournies par l'assurance complémentaire. En revanche, lorsque le traitement est dispensé dans un cas qui ne relève pas de la maladie au sens de la LAMal, le droit aux prestations n'existe pas dans le cadre de l'art. 6 CGA Hospita. Il importe peu que ce traitement, s'il est entrepris pour supprimer un défaut esthétique, soit efficace, adéquat et économique au sens de l'art. 3 CGA Hospita (cf. également art. 7, 2^{ème} phrase CGA); tout traitement en hôpital répondant à ces exigences n'est pas, ipso facto, une prestation en cas de maladie.

Cette interprétation des conditions générales d'assurance s'impose, quand bien même le texte de ces conditions n'exclut pas expressément les cas de chirurgie esthétique (cf. à ce propos ATF 121 V 119 consid. 4a). La définition de la notion de maladie est suffisamment claire, vu son sens admis généralement dans les domaines de l'assurance-maladie, pour qu'il puisse être compris de l'assuré même sans énumération des situations ne répondant pas à cette définition.

La définition de la maladie, dans les conditions générales de l'assurance complémentaire, est en définitive identique à celle applicable dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins. Pour les motifs exposés par le Tribunal fédéral des assurances à propos du même traitement, il

faut considérer que les prestations litigieuses ne sont pas dues par la défenderesse. Il s'ensuit que les prétentions du demandeur sont mal fondées et qu'elles doivent être rejetées.

6. En vertu du droit fédéral, les parties ne supportent pas de frais de procédure (art. 85 al. 3 LSA). La défenderesse, qui n'a pas mandaté d'avocat, n'a pas droit à des dépens.

**Par ces motifs,
le juge unique
prononce :**

- I.** La demande est rejetée.
- II.** Il n'est pas perçu de frais de justice.
- III.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le juge unique :

Le greffier :

Du

Le jugement qui précède est notifié à :

- Me Jacques Micheli, avocat à Lausanne (pour Z. _____)
- P. _____ Assurance-maladie SA

par l'envoi de photocopies.

Si la valeur litigieuse n'atteint pas 30'000 fr., le présent jugement peut faire l'objet d'un recours devant le Tribunal cantonal, Chambre des recours, dans les dix jours dès sa notification, en déposant au greffe de la Cour des assurances sociales, Route du Signal 8, 1014 Lausanne, un acte de recours en deux exemplaires désignant le jugement attaqué et contenant les conclusions en nullité ou les conclusions en réforme dans les cas prévus par la loi.

Lorsque la valeur litigieuse de 30'000 fr. est atteinte, la voie du recours en matière civile au Tribunal fédéral est ouverte. Le recours doit être déposé devant le Tribunal fédéral (case postale, 1000 Lausanne 14) dans les trente jours qui suivent la notification de l'expédition complète.

La Cour des assurances sociales estime que, dans la présente affaire, la valeur litigieuse est inférieure à 30'000 francs.

Le greffier :