



**TRIBUNAL DES ASSURANCES**

---

Présidence de Mme T H A L M A N N, juge  
Membres : MM. Berthoud et Donzel, assesseurs  
Greffier : Mme Pittet, greffière-substitut

\*\*\*\*\*

Jugement du 27 octobre 2005

dans la cause

X , demandeur, représenté par son épouse  
Z , audit lieu,

contre

Y **ASSURANCES SA** (ci-après : Y ou la caisse), à Lausanne,  
défenderesse.

---

Art. 12 LAMal, 33 LCA

**En fait :**

A. X , né le 15 novembre 1917, est assuré auprès de Y pour diverses assurances complémentaires, dont notamment une assurance complémentaire d'hospitalisation "H " (ci-après : HUV) depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1997, à raison d'un montant de 30 fr. par jour versé 30 jours pendant une année civile, et une assurance pour soins de longue durée "C " depuis la même date à raison d'un montant journalier de 20 fr. avec un délai d'attente de 720 jours.

Le Dr N , médecin généraliste et médecin-traitant, à Lausanne, a notamment écrit, dans un certificat médical du 11 avril 2000, que l'assuré était atteint de plusieurs affections chroniques importantes le rendant dépendant, raison pour laquelle son épouse devait passer la plus grande partie de son temps auprès de lui. Dans un certificat médical du 13 décembre 2001, le praticien prénommé a précisé que l'intéressé était soigné depuis de nombreuses années pour un syndrome broncho-obstructif chronique sévère qui l'empêchait de se déplacer et qui nécessitait l'aide constante de son épouse. Il était évident, selon le Dr N , que l'assuré ne pouvait vivre seul chez lui et que, sans la présence de sa femme à ses côtés, il serait depuis plusieurs années dans une institution. La sévérité de son affection respiratoire nécessitait des moyens auxiliaires, tels que fauteuil roulant, lift pour la salle de bains et recours au Centre médico-social (ci-après : CMS) en cas de besoin.

Par courrier du 28 janvier 2002, Y a informé X que, sur la base de la catégorie d'assurance HUV1, des prestations seraient accordées dès le 1<sup>er</sup> avril 2000 à raison de 30 fr. par jour d'intervention, mais au maximum 30 jours par année civile, et que les prestations d'assurance C , au maximum 20 fr. par jour, seraient accordées dès le 1<sup>er</sup> avril 2002, soit après le délai d'attente de 720 jours. A ce dernier titre, des prestations ont été payées pour la période du 1<sup>er</sup> avril 2002 au 31 décembre 2002, savoir un montant total de 582 fr. 55 pour 37 jours d'intervention.

L'aide ménagère effectuée par le CMS a débuté en avril 2002.

Par lettre du 3 juin 2003, X et Z ont écrit à la caisse pour demander à pouvoir bénéficier en totalité des prestations de l'assurance C, soit du montant mensuel de 600 fr. pour les soins prodigués par Z à son époux (accompagnement lors du déplacement en fauteuil roulant à moteur, divers soins, toilette, nourriture adaptée aux circonstances, préparation des médicaments et veiller à ce qu'ils soient pris régulièrement et à l'heure, le conduire chez le médecin, le coiffeur, le pédicure, alimentation et déplacement des prises d'aérosol, s'occuper de l'installation de l'oxygène, etc.). Ils ont en outre mentionné que, depuis 5 ans, la vie de Z était comparable au travail qu'effectueraient deux infirmières alors qu'elle <sup>est</sup> est âgée de 83 ans et que l'aide du CMS n'était pas adaptée à certains cas.

Par lettre du 2 juillet 2003, la caisse a notamment répondu que, concernant les factures pour de l'aide ménagère effectuée par le CMS, les prestations HUV seraient versées et qu'en ce qui concernait les prestations C le début du droit commençait à courir dès le début des prestations d'aide ménagère, savoir en avril 2002, et qu'en conséquence, lesdites prestations ne pourraient débiter que 720 jours plus tard en avril 2004.

Le 13 octobre 2003, l'épouse de l'assuré, Z, a exposé qu'elle avait fondé en 1970 un institut pour recycler des adultes et qu'au vu de l'état de santé de son mari, elle avait dû diminuer progressivement ses activités dès 1997 et, sur le conseil du Dr N, cesser toute activité dès le 1<sup>er</sup> juillet 1999 pour s'occuper de son mari.

Après réexamen de la situation, Y, par courrier du 11 décembre 2003, a informé son assuré que, bien qu'une garantie ait été donnée, aucune prestation n'aurait dû être versée par le passé et qu'il ne lui était plus possible de verser des prestations sur la base de l'assurance C dès le 1<sup>er</sup> janvier 2004. En effet, les conditions des articles 3 et 4 CSA n'étaient pas remplies, aucun soin n'étant donné par les CMS dans le cadre de l'article 7 OPAS. De plus, lorsqu'un membre de la famille effectue une telle aide, il était tout d'abord soumis aux dispositions du Code civil (ci-après : CC) à savoir le devoir d'entretien. Enfin, aucune preuve du manque à gagner de Z

n'avait été apportée. Dès lors qu'elle avait délivré une garantie à tort, elle a accepté d'assumer le versement des prestations CURA jusqu'au 31 décembre 2003.

B. Par demande du 13 février 2004, X , représenté par son épouse Z , a conclu au versement par Y des prestations de l'assurance CURA à raison de 600 fr. par mois au plus tard dès janvier 2004, s'agissant de la perte de gain subie par son épouse. Il a également conclu au versement d'un solde de 1'721 fr. 85 pour les années 2002 et 2003.

Dans sa réponse du 22 mars 2004, la défenderesse a conclu au rejet de la demande.

Dans ses correspondances des 3 et 16 mai 2004, le demandeur a réduit ses prétentions pour les années 2002 et 2003 à 746 fr. 85, suite aux divers versements effectués par Y

Par courrier du 24 mai 2004, Y a maintenu ses conclusions.

C. Une audience d'instruction s'est tenue le 25 janvier 2005, au cours de laquelle Z a rappelé qu'elle avait dû cesser son activité professionnelle en 1999 pour s'occuper de son mari. De même, elle a déclaré que le CMS venait deux heures par semaine et s'occupait uniquement de l'aide ménagère, n'ayant pas souhaité faire appel à leurs services s'agissant des soins à prodiguer à son mari.

#### **E n d r o i t :**

1. a) Abstraction faite du régime transitoire de l'article 102 alinéa 2 de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (ci-après : LAMal), qui n'est pas en cause ici, les assurances complémentaires sont soumises au droit

privé, soit à la loi fédérale sur le contrat d'assurance (ci-après : LCA), en vertu de l'article 12 alinéa 3 LAMal.

Le Canton de Vaud a néanmoins confié au Tribunal des assurances le contentieux des assurances complémentaires à l'assurance-maladie (Décret du Grand Conseil du 20 mai 1996 [RSV 173.431]), ce que ne contredit aucune norme de droit fédéral (ATF 125 III 461, JT 2000 I 124). La compétence du Tribunal des assurances pour toutes les assurances-maladie (complémentaires) relevant de la LCA a d'ailleurs été reconnue par l'autorité cantonale de recours supérieure (Ch. rec., arrêt S c. L Assurances, du 24 juin 1998, n° 257/1998, in : JT 1999 III 106, consid. 4 et 5). Un recours en réforme interjeté contre cet arrêt devant le Tribunal fédéral a été déclaré irrecevable par arrêt du 7 avril 1999 de la II<sup>e</sup> Cour civile.

b) S'agissant désormais d'un contentieux de droit privé, et non plus de droit administratif, la procédure applicable n'est plus celle du recours, mais celle de l'action (art. 47 de la loi fédérale sur la surveillance des assurances [LSA]; ATF 124 III 44, JT 1998 I 377; RAMA 1998, n° KV 35, p. 290; ATF 123 V 324, consid. 3a, RAMA 1998, n° KV 22, p. 49; Spira, Le nouveau régime de l'assurance complémentaire, in : Revue suisse d'assurances [RSA] 1995, pp. 192 ss, spéc. ch. 5; du même auteur, Le contentieux de la nouvelle assurance-maladie, Sécurité sociale 1995, pp. 256 ss, spéc. p. 258; Viret, Assurances-maladie complémentaires et loi sur le contrat d'assurance, in : Recueil de travaux en l'honneur de la Société suisse de droit des assurances, éd. IRAL, Lausanne 1997, pp. 669 ss, spéc. pp. 685-687; Maurer, Das neue Krankenversicherungsrecht, Bâle 1996, pp. 135 ss; Ritter, Questions relatives aux assurances complémentaires à la LAMal, RSA 1995, pp. 209 ss, spéc. ch. 2 et 3).

c) En l'occurrence, il est constant que le litige se rapporte aux assurances complémentaires HUV et C , souscrites par le demandeur auprès de la caisse. De plus, X , valablement représenté par son épouse, a agi par la voie de la demande auprès du Tribunal des assurances du canton de Vaud.

Le tribunal de céans est donc compétent pour examiner ladite demande et cette dernière est recevable.

2. Seule est litigieuse la question de savoir si c'est à juste titre que le demandeur requiert de la caisse le versement de la somme de 746 fr. 85 pour les prestations d'aide ménagère C et HUV des années 2002 et 2003, d'une part, et des prestations C à titre d'aide ménagère et de soins à domicile au-delà du 31 décembre 2003, d'autre part.

3. Le contrat d'assurance est conclu par l'acceptation de la proposition d'assurance par l'assureur dans le délai légal ou le délai plus court fixé par le proposant (Viret, Droit des assurances privées, 2<sup>e</sup> éd., Zurich 1985, p. 79).

A la différence de la couverture des soins de l'assurance-maladie sociale, les assurances-maladie complémentaires ne sont pas régies exhaustivement par la loi; elles relèvent, avec les restrictions propres au droit du contrat d'assurance régi par la LCA, du principe de la liberté contractuelle, qui implique non seulement la liberté de contracter ou de ne pas contracter, mais aussi d'aménager le contenu des rapports contractuels (Viret, Droit des assurances privées, op. cit., pp. 19 ss; Recueil de travaux, op. cit., p. 673).

Dans la pratique, les conditions d'assurance forment le contenu ordinaire et typique du contrat d'assurance; elles se subdivisent en conditions générales (art. 3 al. 1<sup>er</sup> LCA) et en conditions particulières, lesquelles font partie intégrante du contrat (Viret, Recueil de travaux, op. cit., p. 673). L'assureur peut les modifier en préservant les droits de l'assuré selon l'article 35 LCA, étant en outre précisé que la LCA comporte des dispositions impératives (art. 97) et des dispositions qui ne peuvent être modifiées au détriment du preneur d'assurance ou de l'ayant droit (art. 98).

A teneur de l'article 33 LCA, sauf disposition contraire de la présente loi, 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 et non équivoque.

4. Pour examiner les prétentions du demandeur à l'égard de la défenderesse, il convient de prendre en compte les dispositions topiques relatives aux soins à domicile et à l'aide ménagère, contenues dans les Conditions supplémentaires d'assurance (ci-après : CSA) HUV et CURA, respectivement édition de 1997 à 2001 et de 2001, dès lors que Helsana s'y est référée.

a) Selon le chiffre 13 CSA HUV, en cas de soins à domicile prescrits par un médecin, pour lesquels il est nécessaire d'engager contre rémunération une personne dispensant des soins à domicile et si cela permet d'éviter ou de réduire un séjour à l'hôpital ou dans un établissement de cure, sont accordées des prestations jusqu'à 30 fr. par jour au maximum 30 jours par année civile pour les frais attestés (ch. 13.1). Peut également être reconnue comme personne dispensant des soins, une personne qui dispense quotidiennement les soins nécessaires au malade et pour laquelle il en résulte, dans son activité professionnelle, un manque à gagner dont elle peut apporter la preuve (ch. 13.2). Selon le chiffre 14, les frais d'aide ménagère sont accordés pour les mêmes montants (ch. 14.1). Est considérée comme telle, toute personne qui, à titre personnel ou pour une organisation, se charge professionnellement du ménage à la place de la personne assurée (ch. 14.2) ou pour laquelle il en résulte, dans son activité professionnelle, un manque à gagner dont elle peut apporter la preuve (ch. 14.3).

Selon les CSA C , une protection d'assurance est accordée en cas de maladie chronique ou de suites d'accident chroniques jusqu'au montant du forfait journalier assuré pour les frais non couverts de séjour et de pension lors de soins stationnaires ainsi que pour les frais non couverts d'assistance et d'aide ménagère lors de soins ambulatoires au domicile (ch. 1<sup>er</sup>). Le chiffre 3 prévoit que des prestations peuvent être octroyées, à condition que la personne assurée ait besoin régulièrement de soins et de soins de base au sens de l'assurance obligatoire des soins. En outre, les soins doivent être nécessaires au sens du chiffre 4, selon lequel il y a nécessité de soins lorsque, en raison de son état de santé, la personne assurée a besoin de l'aide de tiers plusieurs fois par semaine pour les activités de la vie quotidienne, par exemple pour l'alimentation, les soins corporels ou la mobilité, et qu'elle a en outre besoin

d'aide pour les tâches ménagères. Selon le chiffre 7.1 alinéa 2 CSA qui concerne les soins à domicile, peut être reconnue comme personne dispensant des soins, une personne qui dispense quotidiennement les soins nécessaires au malade et pour laquelle il en résulte, dans son activité professionnelle, un manque à gagner dont elle peut apporter la preuve. Le chiffre 7.2 alinéa 3 CSA pose les mêmes conditions s'agissant d'une aide ménagère.

b) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 125 V 193, consid. 2 et les références).

Cette jurisprudence est applicable par analogie en matière d'assurance-maladie complémentaire.

5. En l'espèce, le demandeur considère que la caisse est débitrice à son égard de la somme de 746 fr. 85, s'agissant des prestations d'aide ménagère pour les années 2002 et 2003. En outre, X estime que le droit aux prestations d'aide ménagère et de soins à domicile est ouvert après le 1<sup>er</sup> janvier 2004 également, s'agissant de la couverture C, la couverture HUV n'étant pas en cause.

Quant à la défenderesse, elle estime que les conclusions de son assuré ne sont pas fondées, dans la mesure où, d'une part, elle s'est acquittée correctement des prestations HUV et C pour les années 2002 et 2003 et où, d'autre part, X n'avait plus droit aux dites prestations C dès le 1<sup>er</sup> janvier 2004 dès lors qu'il ne remplissait pas les conditions des CSA.

Il sied donc d'examiner si les déterminations de la caisse quant à la prise en charge des soins à domicile et de l'aide ménagère est justifiée.

6. Pour l'année 2002, le demandeur conclut au versement de 155 fr. 10 pour l'aide ménagère. Il expose que pour les factures de novembre (219 fr. 10) et décembre (176 fr.), totalisant un montant de 395 fr. 10, Y a versé des prestations totales de 240 francs. Ce montant comprenait 60 fr. au titre de HUV pour le mois de novembre uniquement, ainsi que 100 fr. et 80 fr. au titre de C, respectivement pour les mois de novembre et décembre.

a) Les prestations HUV relatives à l'aide ménagère sont payables à raison de 30 fr. par jour durant au maximum 30 jours par année civile pour les frais attestés (ch. 14.1 CSA). Or, selon les pièces du dossier, le 8 novembre 2002 était le 30<sup>ème</sup> jour où Y a versé cette prestation. Par conséquent, aucun versement n'était dû pour l'aide au ménage sur la base d'HUV dès le 9 novembre 2002 pour cette année-là.

b) En outre, les prestations de C s'élèvent à 20 fr. par jour après un délai d'attente de 720 jours, comme le prévoit la police d'assurance. En l'occurrence, les factures de l'Association lausannoise pour la santé et le maintien à domicile (ci-après : ALSMAD) sont certes adressées à la fin du mois, mais détaillent le nombre d'heures d'aide au ménage effectuées par jour.

aa) Ainsi le décompte de la caisse de novembre 2002, concernant la facture de l'ALSMAD du 20 décembre 2002, mentionne notamment :

15.11.2002 : fr. 44.45  
25.11.2002 : fr. 43.55  
29.11.2002 : fr. 43.55

Pour chacun de ces trois jours, Y a versé 20 fr., le solde de 71 fr. 55 étant à la charge de l'assuré. Ledit solde a été ramené à 59 fr. 10, ensuite de la prise en compte d'un crédit de 12 fr. 45 dont disposait l'intéressé.

bb) La caisse a agi de même pour la facture de l'ALSMAD du 24 janvier 2003, relative au mois de décembre 2002. Son décompte concernant ladite facture mentionne :

02.12.2002 : fr. 41.80  
09.12.2002 : fr. 45.55  
16.12.2002 : fr. 44.65  
23.12.2002 : fr. 44.00

Y a alors remboursé 80 fr. (4 x 20 fr.) pour les quatre interventions s'élevant au total à 176 fr., ceci conformément aux conditions d'assurance, le solde de 96 fr. étant à la charge de l'intéressé.

c) C'est ainsi à juste titre que, pour les mois de novembre et décembre 2002, les montants respectifs de 59 fr. 10 et 96 fr., soit un solde total de 155 fr. 10, ont été laissés à la charge du demandeur, dès lors que seules les prestations C devaient être versées après le 9 novembre 2002, à raison d'un forfait de 20 fr. par jour.

7. Pour l'année 2003, le demandeur conclut au versement de 591 fr. 75 pour l'aide ménagère, alors que les factures de l'ALSMAD se sont élevées à 2'466 fr. 50 pour cette année-là.

a) S'agissant des prestations HUV, celles-ci ont été entièrement versées le 11 août 2003 pour un montant total de 900 fr., ce qui n'est pas contesté par le demandeur, les 30 jours ayant été atteints à cette date comme le prévoit le chiffre 14.1 CSA. Partant, aucune prestation n'est due à ce titre dès le 12 août 2003 pour cette année-là.

b) En ce qui concerne la participation C, Y a remboursé un montant total de 978 fr. pour l'année 2003. Pour ce faire, elle a versé ses prestations jusqu'à concurrence d'un forfait de 20 fr. par jour, tel que le prévoit la police d'assurance. Vérifiés d'office, les décomptes établis par la caisse sont exacts eu égard aux factures de l'ALSMAD. Il en résulte que c'est à juste titre que la somme de 558 fr. 50 (2'466 fr. 50 – 900 fr. – 978 fr.) a été laissée à la charge de l'assuré.

c) Dès lors, pour les motifs exposés au considérant 6 ci-dessus, le solde réclamé par le demandeur n'est pas dû par Y.

8. X conclut enfin à la poursuite du versement des prestations C au-delà du 1<sup>er</sup> janvier 2004. Il requiert le versement de forfaits journaliers à son épouse pour les soins qu'elle lui apporte, ainsi que la

prise en charge de l'aide ménagère effectuée par le CMS. Il convient alors d'examiner successivement les deux types de prestations requises.

**a) Soins donnés par l'épouse**

Selon les chiffres 3 et 4 CSA, les prestations C sont octroyées si les conditions suivantes sont réunies, savoir la nécessité de soins réguliers et de soins de base au sens de la LAMal. En outre, s'agissant des soins dispensés à domicile, il doit exister un manque à gagner dans l'activité professionnelle de la personne qui dispense lesdits soins à titre non professionnel (ch. 7.1 al. 2 CSA).

**aa)** Concernant la condition des soins de base, Y se réfère à l'article 7 OPAS. Selon l'alinéa 2, lettre c, chiffre 1<sup>er</sup>, de cette disposition, il s'agit des soins de base généraux pour les patients dépendants, tels que : bander les jambes du patient, lui mettre des bas de compression, refaire son lit, l'installer, lui faire faire des exercices, le mobiliser, prévenir les escarres, prévenir et soigner les lésions de la peau consécutives à un traitement; aider aux soins d'hygiène corporelle et de la bouche; aider le patient à s'habiller et à se dévêtir, ainsi qu'à s'alimenter.

Dans le cas présent, il résulte des certificats médicaux des 11 avril 2000 et 13 décembre 2001 établis par le Dr N que le demandeur est soigné depuis de nombreuses années pour un syndrome broncho-obstructif chronique sévère qui l'empêche de se déplacer et qui nécessite l'aide constante de son épouse. De même, dans son courrier du 3 juin 2003, Z a exposé aider son mari pour la toilette, les repas, s'occuper des installations d'oxygène, veiller à la prise régulière de ses médicaments, l'accompagner à l'extérieur, etc.

Il convient dès lors de considérer les soins prodigués à X comme des soins de base au sens de l'article 7 OPAS.

**bb)** En outre, il est constant que la condition de nécessité de soins posée par l'article 4 CSA C est remplie, le demandeur ayant besoin de

l'aide d'un tiers pour les activités de la vie quotidienne, comme le relèvent les certificats médicaux précités du Dr N

cc) La caisse estime toutefois qu'une prestation ne saurait être versée, dès lors que Z a un devoir d'entretien envers son époux. Cependant, il ne résulte pas des CSA C que ne peut être reconnue comme personne dispensant des soins au sens du chiffre 7, celle qui a un devoir légal d'entretien à l'égard de l'assuré. Par conséquent, la défenderesse ne peut pas se prévaloir de l'article 328 CC pour refuser ses prestations.

dd) Quant à la condition de la perte de gain, il résulte certes du dossier que Z avait créé un institut et avait donc une activité professionnelle accessoire jusqu'en 1999, alors qu'elle avait atteint l'âge de 79 ans. De même, elle expose avoir réduit son activité en 1997, puis interrompu celle-ci à cause de l'état de santé de son mari. Il n'y a toutefois aucun certificat médical au dossier mentionnant que le demandeur avait besoin de soins tels que son épouse ait dû réduire son activité en 1997 déjà, puis l'interrompre en 1999. Il n'y a eu en outre aucune demande de prestations fondées sur C avant 2002. Enfin, la pièce 2 produite par le demandeur, à savoir une photocopie du certificat médical du Dr N du 11 avril 2000, comporte une annotation du demandeur ou de son épouse, dont la teneur est la suivante : "attestation 2000 (avril) début accordé après 720 jours dès avril 2002". Au stade de la vraisemblance prépondérante, il n'apparaît donc pas établi que Z a cessé son activité en 1999 à cause de l'état de santé de son mari.

ee) Par conséquent, la condition du manque à gagner du chiffre 7.1 alinéa 2 CSA n'étant pas réalisée en l'espèce, la défenderesse n'a pas à verser de prestations pour les soins prodigués au demandeur par son épouse.

#### **b) Aide ménagère reçue par le CMS**

Des prestations C sont octroyées pour une aide ménagère si, d'une part, les conditions d'octroi des chiffres 3 et 4 CSA sont réunies et si, d'autre part, une telle aide s'avère nécessaire (ch. 7.2 CSA). En outre, lesdites

prestations sont versées à raison de 20 fr. par jour, après un délai d'attente de 720 jours (ch. 8 al. 1<sup>er</sup>; police d'assurance).

aa) Comme relevé ci-dessus au considérant 8a/aa-bb, les conditions pour l'octroi des prestations C posées par les articles 3 et 4 CSA sont remplies.

bb) En outre, Y ne peut se prévaloir du devoir d'entretien découlant de l'article 328 CC, tel que cela ressort du considérant 8a/cc. Au surplus, même si tel était le cas, il apparaît évident qu'âgée de plus de huitante ans, l'épouse du demandeur n'est plus en état d'effectuer toutes les tâches ménagères et qu'une aide extérieure s'impose donc.

cc) Enfin, la question de la perte de gain (ch. 7.2 al. 3 CSA) ne se pose pas, dès lors que l'aide ménagère est apportée par des tiers dont c'est la profession, à savoir le CMS, au sens du chiffre 7.2 alinéa 2 CSA.

dd) Par conséquent, le demandeur a droit à des prestations C pour l'aide ménagère apportée par le CMS, ceci dès avril 2004, fin du délai de carence de 720 jours dès la première intervention du CMS en avril 2002.

9. Au vu de ce qui précède, la demande doit être partiellement admise, en ce sens que la caisse est tenue de servir ses prestations C pour l'aide ménagère apportée par le CMS dès le 1<sup>er</sup> avril 2004.

**Par ces motifs,  
le Tribunal des assurances  
prononce :**

I. Les conclusions de la demande déposée le 13 février 2004 par X , représenté par son épouse Z , contre Y Assurances SA, sont partiellement admises, en ce sens que la caisse est tenue de servir ses prestations C à X dès le 1<sup>er</sup> avril 2004, s'agissant de l'aide ménagère apportée par le CMS.

II. Toutes autres ou plus amples conclusions sont rejetées.

La présidente :



La greffière :



Du 27 DEC. 2005

Le présent jugement, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est communiqué aux parties par lettre signature avec accusé de réception.

Si, d'après leurs conclusions, les droits contestés en première instance n'atteignent pas une valeur de 8'000 fr., les parties peuvent recourir au Tribunal cantonal dans un délai de dix jours dès la notification du présent jugement, en déposant, au greffe du Tribunal cantonal des assurances, Route du Signal 8, 1014 Lausanne, un acte de recours en deux exemplaires désignant le jugement attaqué et contenant leurs conclusions en réforme, éventuellement en nullité ou, à défaut, en indiquant sur quels points le jugement est attaqué et quelle est la modification demandée.

Si, d'après leurs conclusions, les droits contestés en instance cantonale atteignent une valeur d'au moins 8'000 fr., il est loisible aux parties d'interjeter un recours en réforme au Tribunal fédéral, dans un délai de 30 jours dès la réception de la communication écrite de la décision. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au greffe du Tribunal cantonal des assurances, Route du Signal 8, 1014 Lausanne.

Outre la désignation de la décision attaquée et de la partie intimée, l'acte de recours doit contenir :

- a. Dans les contestations de nature pécuniaire lorsque le montant de la réclamation n'est pas déterminé, la mention que la valeur exigée est atteinte, ainsi que, éventuellement, les motifs pour lesquels le recourant conteste une constatation contraire de la juridiction inférieure;
- b. L'indication exacte des points attaqués de la décision et des modifications demandées. Le simple renvoi aux conclusions formulées dans la procédure cantonale ne suffit pas. Il ne peut être présenté de conclusions nouvelles;
- c. Les motifs à l'appui des conclusions. Ils doivent indiquer succinctement quelles sont les règles de droit fédéral violées par la décision attaquée et en quoi consiste cette violation. Il ne peut être présenté de griefs contre les constatations de fait, ni de faits, exceptions, dénégations et preuves nouveaux, ni d'observations sur la violation du droit cantonal;
- d. Lorsque la constatation d'un fait que la juridiction cantonale doit apprécier d'après le droit fédéral est attaquée pour le motif qu'elle repose manifestement sur une inadvertance, l'indication exacte de cette constatation et la pièce du dossier qui la contredit;
- e. Le cas échéant, la demande d'assistance judiciaire (art. 152 OJF).

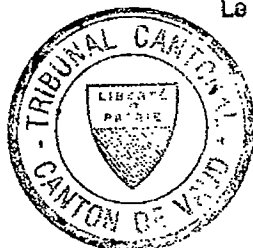
(art. 43 ss OJF, spéc. art. 46, 54 et 55).

Le jugement est également communiqué à l'Office fédéral des assurances privées (art. 47 al. 4 LSA).

Le greffier :

PHOTOCOPIE CERTIFIÉE  
CONFORME À L'ORIGINAL

Le greffier:



*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*