

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1573/2009

ATAS/635/2010

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 2

du 1^{er} juin 2010

En la cause

Monsieur L_____, domicilié à GENEVE

recourant

contre

SWICA ASSURANCE MALADIE, sise boulevard de Grancy 39,
LAUSANNE

intimée

**Siégeant : Sabina MASCOTTO, Présidente; Diane BROTO et Eugen MAGYARI, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur L_____ (ci-après l'assuré), né en 1930, est assuré auprès de SWICA ASSURANCE MALADIE (ci-après la caisse) depuis le 1^{er} janvier 1996, au titre de l'assurance obligatoire des soins et des complémentaires COMPLETA TOP et HOSPITA classe 4 avec une franchise de 2'000 fr.
2. Sur la base de l'ordonnance du 9 février 2006 de la Dresse A_____, médecin traitant de l'assuré, prescrivant pour deux mois une aide ménagère deux à trois fois par semaine, à raison de 4 heures chaque fois, la caisse accepte de prendre en charge cette aide à raison de maximum 4 heures par semaine durant cette période. Les prestations prévues par les assurances complémentaires COMPLETA et HOSPITA ont été versées du 3 janvier 2006 au 28 février 2006.
3. Selon le "décomptes d'heure d'aide de ménage" établi par l'assuré pour les mois de janvier et février 2006, son employée de maison effectue entre 3 et 5 heures de travail, 3 fois par semaine.
4. Une prescription du 18 mai 2006 de la Dresse A_____ pose les diagnostics de lombo-sciatalgie algique avec déficit sensitivo-moteur, évolution favorable postopératoire. Par pli du 22 août 2006, la caisse accepte de prendre en considération les frais d'aide de ménage à raison de 4 heures par semaine, en précisant que l'aide ménagère est prévue seulement pour la prise en charge de l'entretien normal du logement et des tâches ménagères courantes, de sorte que l'assuré est prié de fournir des relevés détaillés des travaux effectués en regard des heures facturées. Par pli du 29 août 2006, l'assuré indique que sa femme de ménage vient deux fois par semaine pour 4 à 5 heures chaque fois et dresse la liste des travaux qu'elle effectue (prendre la poussière, passer l'aspirateur, nettoyer les sols, la cuisine et les sanitaires, remplir et vider le lave vaisselle et le lave linge, repasser, ranger le linge, changer le lit, faire les courses ainsi que, à raison d'une fois tous les 15 jours: nettoyer les vitres et une fois par mois : aspirer dans la voiture, nettoyer le garage et la cave). Il précise que son logement est une villa de 120 m², comportant 3 pièces auxquelles s'ajoutent un corridor, une cuisine, une salle de bain, un W-C et une terrasse, sans compter le sous-sol.
5. La prise en charge pour les mois d'avril et mai est confirmée par courrier de la SWICA du 12 septembre 2006, qui précise que si l'aide est nécessaire au-delà de fin mai, une nouvelle prescription est nécessaire.
6. Le 10 février 2007, la Dresse A_____ prescrit de l'aide ménagère, sur la base des diagnostics de neuropathie sensitive, diabète type II, neuropathie motrice postopératoire, l'évolution postopératoire est favorable sur la neuropathie sensitive et sur le nerf sciatique, mais il s'agit d'un état essentiellement séquellaire et il est

possible que le patient garde définitivement une faiblesse du pied. Les limitations sont la flexion, l'extension lombaire limitée et la faiblesse des releveurs du pied.

7. Par courrier du 7 mars 2007, la caisse informe l'assuré qu'elle accepte de le faire bénéficier des prestations prévues à raison de deux fois 2 heures par semaine jusqu'à fin février 2007 exclusivement, à concurrence de 30 fr. par jour d'intervention selon COMPLETEA TOP et 40 fr. supplémentaires selon HOSPITA PRIVEE. Les prestations ont été versées jusqu'au 28 février 2007.
8. Par courrier du 16 avril 2007, la Dresse A_____ pose les diagnostics de status post hernie discale avec neuropathie diabétique; hernie discale lombaire op.; canal étroit op. et confirme qu'une aide ménagère de deux fois 2 heures par semaine est nécessaire durant les six mois où l'assuré vit à Genève. Elle transmet un rapport de la Dresse B_____ du 2 janvier 2007, qui indique une amélioration de la neurographie motrice des nerfs sciatiques poplité externe et interne gauche. Il persiste de rares potentiels de fibrillation et potentiels positifs dans le jambier antérieur gauche, et précise qu'il s'agit d'un état séquellaire. Il est probable que le patient ait récupéré toute sa force possible de la jambe gauche et qu'il garde définitivement une faiblesse des releveurs du pied gauche. Le patient n'a pratiquement plus de douleurs à caractère névralgique, les douleurs lombaires ont disparu et le patient ne prend que de temps en temps du Rivotril. Par courrier du 3 mai 2007, la Dresse A_____ indique que l'état de santé du patient s'est aggravé et sollicite une aide de ménage de quatre fois 2 heures par semaine. Les lésions sont définitives et il ne doit plus porter de charges.
9. Par pli du 9 mai 2007, la caisse maintient sa position exprimée le 7 mars 2007, sur la base du préavis du Dr C_____, médecin conseil.
10. Par rapport médical du 12 septembre 2007, la Dresse B_____ indique au médecin conseil de la SWICA que le patient a été opéré en mai 2004 d'une hernie discale L4-L5 avec pied tombant gauche. Il continue à garder une faiblesse des releveurs de ce pied, une impression de serrement et des crampes du membre inférieur gauche. Les douleurs lombaires avec déclenchement de sciatalgies gauches sont exacerbées dès qu'il fait un effort et il ne peut plus porter des charges supérieures à 1 ou 3 kilos, ni se baisser pour faire le nettoyage et mettre ses chaussettes. En voyage, il ne porte jamais ses bagages lui-même. L'examen clinique montre des difficultés à marcher sur les talons, une faiblesse des muscles de la loge antérieure gauche (M4), une discrète dysesthésie au toucher piquer dans le territoire L5 gauche. La palpation du sciatique gauche est douloureuse. L'examen neurologique montre la persistance d'un déficit moteur au pied gauche, et il s'agit d'un état séquellaire définitif.
11. Le Dr C_____, médecin conseil de SWICA a effectué une évaluation médicale le 26 octobre 2007. Il a ausculté le patient le 24 octobre, procédé à un

rappel de l'anamnèse et effectué l'anamnèse actuelle dont il ressort que le patient présente principalement des lombalgies qu'il décrit comme modérées avec parfois, une exacerbation quand il se baisse, mais sans sciatalgies radiculaires. Il présente une faiblesse du pied gauche mais qui n'entraîne pas de steppage, ni trouble de l'équilibre. A l'examen clinique, le médecin note que le patient se déshabille sans aide, la marche sur les talons est impossible, mais la station sur les talons avec appui est possible. A l'examen de la force musculaire, il note une parésie des muscles de la loge antéro-externe que l'on peut estimer à 20% de la norme. Le médecin estime que la discrète séquelle motrice au niveau du membre inférieur gauche suite à la cure d'hernie discale ne limite pas les mouvements du patient, la marche se réalise sans steppage et n'entraîne pas de trouble de l'équilibre. Les troubles statiques et la surcharge graisseuse tronculaire limitent les mouvements de flexion dorsale tant et si bien que le patient ne peut pas se baisser sans fléchir les deux jambes s'il doit s'habiller ou ramasser des objets au sol. Il conclut que, vu les séquelles mineures, soit les difficultés à se baisser, il n'y a pas d'indication médicale à une aide ménagère.

12. Par pli du 8 novembre 2007, la caisse indique à l'assuré qu'il emploie une femme de ménage indépendamment du fait qu'il soit malade, de sorte qu'il ne subit pas de frais supplémentaires dus à son état de santé. La caisse confirme à l'assuré son refus de prise en charge des frais d'aide ménagère.
13. Par acte du 14 novembre 2007, l'assuré s'oppose à cette décision, rappelle que l'aide ménagère est justifiée par une prescription médicale et donne quelques exemples de limitations (entrer et sortir du bain, laver les pieds, descendre et monter le linge à la cave, sortir et ranger l'aspirateur, ramasser les miettes, les papiers et les habits à terre, etc.).
14. La caisse maintient sa position par pli du 13 décembre 2007 et refuse à nouveau la prise en charge des frais d'aide ménagère par courrier du 14 janvier 2008, sur la base du rapport du Dr C_____.
15. Par arrêt du 27 mai 2008, le Tribunal de céans déclare sans objet, en tant qu'il est recevable, le recours déposé par l'assuré contre la caisse, l'assuré ayant indiqué qu'il s'agissait d'une erreur de sa part, le but de la démarche étant d'obtenir de l'assurance une expertise.
16. Par courrier du 1^{er} septembre 2008 adressé à l'Ombudsman, l'assuré indique qu'il renonce, en l'état, à recourir contre la décision du 8 novembre 2007, mais sollicite une expertise neutre de sa caisse. L'Ombudsman répond le 14 octobre 2008 qu'il n'est pas habilité à départager des avis médicaux, ni exiger de la caisse une nouvelle expertise. Si l'assuré estime une telle démarche comme nécessaire, il lui appartient de choisir un expert et d'en assumer la charge financière.

17. Suite à un courrier de l'assuré du 17 février 2009, la caisse répond, par pli du 23 avril 2009, que seules les prestations de l'assurance obligatoire des soins doivent faire l'objet d'une décision formelle avec indication des voies de recours et qu'il peut saisir le Tribunal sur la base de ce courrier. Elle précise que le refus est motivé par un aspect médical, sur la base du rapport du médecin conseil et un aspect asséurologique, à savoir que l'assuré occupe une femme de ménage depuis longtemps, de sorte qu'il n'est pas possible de mettre en évidence des coûts supplémentaires qui seraient dus à la maladie.
18. Par acte du 4 mai 2009, l'assuré a saisi le Tribunal d'un recours contre la décision de SWICA de ne plus participer aucunement à ses frais supplémentaires d'aide ménagère occasionnés par sa situation de santé. Il fait valoir que ses prétentions concernent uniquement les travaux supplémentaires de son aide de ménage devenus indispensables après l'aggravation de son état de santé, suite à l'opération d'hernie discale de mai 2004. Avant cela, il n'employait une femme de ménage qu'une fois par semaine, car il s'occupait lui-même du reste des travaux domestiques. Au demeurant, il est totalement arbitraire de cesser toute prise en charge en février 2007 sur la base d'un examen médical pratiqué en octobre 2007 seulement.
19. Par mémoire réponse du 3 juin 2009, la caisse conclut au rejet de la demande et fait valoir que, sur la base du premier préavis du Dr C _____, elle a mis un terme aux prestations accordées depuis janvier 2006 avec effet à fin février 2007. L'examen pratiqué le 24 octobre confirme qu'il n'y a plus de conséquences économiques de la maladie selon l'article 3 des conditions générales d'assurance. De plus, l'assuré employait déjà une aide de ménage bien avant son opération de 2004, à raison d'une fois par semaine, étant précisé que l'assurance ne couvre que l'entretien courant du ménage à l'exclusion de la cave, la voiture, etc. Au surplus, les soins à domicile (soins d'hygiène et habillement) relèvent de la LAMAL.
20. Par pli du 15 mai 2009, l'assuré a indiqué au Tribunal qu'il s'absentait fréquemment de Genève, les prochaines périodes d'absence étant août-septembre 2009, novembre-décembre 2009 puis de mi-mars à mi-mai 2010.
21. Suite à l'audience de comparution personnelle des parties du 25 août 2009, le Tribunal a ordonné une instruction écrite et interrogé les Dresses B _____ et A _____.
22. Par avis du 29 septembre 2009, la Dresse B _____ répète ce qu'elle a exposé dans son rapport du 12 septembre 2007 et précise qu'elle constate une discordance entre l'examen clinique du Dr C _____ et neurologique, de sorte que les troubles statiques et la surcharge graisseuse ne sont pas les seuls impliqués dans les difficultés à se baisser pour ramasser des objets au sol. De plus, la faiblesse du pied gauche implique des troubles de l'équilibre, et le patient a fait une chute. Les limitations sont : se pencher (remplir le lave vaisselle et lave linge, prendre des

marchandise sur les étagères basses des magasins, entrer dans la baignoire); douleurs lombaires : (passer l'aspirateur, s'habiller, mettre ses chaussettes). L'évolution de l'état de santé du patient a d'abord semblé favorable entre début et fin 2006, ce qui explique qu'elle a noté, en janvier 2007 une nette amélioration. Celle-ci était peut-être due à un séjour en Israël, et à des séances de physiothérapie utiles. Entre décembre 2006 et septembre 2007, le patient a présenté une recrudescence des douleurs lombaires entraînant les limitations décrites. La situation est inchangée en 2009.

23. Par plis des 11 septembre et 30 octobre 2009, la Dresse A_____ indique que son patient souffre d'importantes douleurs lombaires et des troubles de l'équilibre, l'état de santé ne s'est pas amélioré entre le printemps et l'automne 2007.
24. L'assuré a transmis pour information le relevé des heures de ménages de son employée, dont il ressort qu'elle travaille en moyenne 7 heures et demie par semaine, lorsque l'assuré est à Genève.
25. Par avis du 10 décembre 2009, le Dr. C_____ précise qu'il n'y a plus d'éléments médicaux objectifs au-delà de février 2007 pour une aide de ménage, car les trois déficits dont souffre le patient n'expliquent pas les limitations fonctionnelles qui sont celles d'un homme de 79 ans, présentant une surcharge pondérale importante. Le steppage du membre inférieur gauche peut être réglé par une attelle et n'empêche pas le patient de s'accroupir. La discrète dysesthésie n'empêche pas de faire son ménage. Il n'y a pas d'explication objective à l'empêchement de ramasser des objets au sol. Sur cette base et par acte du 17 décembre 2009, la caisse a persisté dans ses conclusions.
26. Lors de l'audience d'enquêtes du 20 avril 2010, ont été entendus en qualité de témoin le Dr C_____, médecin conseil de l'assurance et la Dresse A_____, médecin traitant, qui ont déclaré:

Dr C_____ : "J'ai examiné l'assuré à mon cabinet le 24 octobre 2007. Je ne peux pas exclure que le patient ressente des douleurs lorsqu'il se baisse. La douleur peut être due à la dégénérescence de la colonne ou consécutive à l'opération subie, mais elle peut être évitée en pliant les jambes. Les limitations fonctionnelles sont liées à son âge et à sa corpulence, en ce sens qu'une personne du même âge ne souffrant pas des affections de M. L_____ aurait les mêmes limitations.

Le steppage discuté, et qui n'est pas appareillé, n'empêche pas le patient de s'accroupir, et n'engendre pas les problèmes de sensibilité. Le patient est capable, selon mes constatations, de s'accroupir ou s'agenouiller devant une machine à laver le linge ou la vaisselle, pour la remplir ou la vider. Le port de charges est limité à 5 kilos, pour autant qu'il soit occasionnel, soit environ deux fois par semaine, et pour une courte durée, y compris ramener des courses d'un magasin proche.

Je suis médecin indépendant, j'ai mon propre cabinet, l'activité de médecin-conseil pour la SWICA est de l'ordre de trois à six heures par semaine.

Je n'ai pas testé l'agenouillement, mais par contre j'ai constaté que le patient pouvait s'accroupir et se relever. Lorsque je l'ai ausculté, il s'est déshabillé et rhabillé seul, y compris les chaussettes, et je ne doute pas que cela lui ait pris du temps.

J'ai été consulté par la SWICA la première fois en février 2007 (pièce 112 SWICA), et sur la base du dossier médical qui m'a été soumis, j'ai estimé que les diagnostics et les résultats des examens neurologiques ne justifiaient pas d'aide au ménage. Je ne me suis pas prononcé sur le cas au début de l'octroi. Les rapports de la Dresse A_____ ne contiennent pas d'éléments objectifs circonstanciés qui me permettent d'admettre la nécessité médicale d'une aide au ménage".

Dresse A_____ : "Le patient souffre de plusieurs affections chroniques, déjà mentionnées dans les rapports médicaux, qui ne font que s'aggraver avec l'âge. Les conséquences sont une importante fatigue, l'absence d'équilibre du côté gauche, étant précisé que l'affection touche aussi le côté droit depuis quelques mois. M. L_____ a une femme de ménage depuis longtemps et ne peut pas s'en passer, que SWICA paie ou pas. Il ne peut pas se pencher de plus d'un degré, il ne peut pas plier la jambe gauche. Il s'agit d'une dégradation progressive depuis 2006, même si le patient a récupéré un peu après l'opération. Le patient est tombé et s'est blessé en raison du manque d'équilibre en décembre 2009. Un patient du même âge sans les maladies évoquées n'aurait pas les limitations fonctionnelles mentionnées".

Sur confrontation des avis des deux témoins, le Dr C_____ a ajouté : "Le patient peut chuter pour toutes sortes de raisons vu son âge, mais ça n'est pas lié aux affections médicales retenues. Je n'ai pas d'élément médical qui explique les vertiges".

Lors de l'audience, l'assuré a déposé un certificat médical de la Dresse B_____, qui confirme les précédents rapports, indique que le patient peut se doucher seul, mais ne peut pas se laver les pieds seul, qu'il doit s'appuyer contre le mur pour enlever son pantalon, le tableau neurologique reste stationnaire, le seul élément nouveau est l'apparition de douleurs du côté droit.

Cet avis a été soumis en audience au Dr C_____, qui a précisé que cela ne modifiait pas son appréciation.

27. Lors de l'audience de comparution personnelle du même jour, les parties ont déclaré: "M. L_____ : "J'ai toujours eu une femme de ménage, et Mme M_____ travaille pour moi depuis environ six ans. Dans le temps, elle venait une fois par semaine, entre trois et cinq heures. Maintenant, elle vient deux

fois par semaine, durant quatre heures. Je confirme que je ne peux pas sortir l'aspirateur de l'armoire, vu son poids, ni le brancher, les prises étant trop bas".

Mme N_____ : "Nous avons alloué les prestations dans un premier temps sans examiner attentivement le dossier, du point de vue médical. Nous avons toutefois limité le nombre d'heures. C'est ultérieurement, apprenant que l'assuré avait de toute façon une femme de ménage, et sur la base de l'examen du dossier par le Dr C_____, que nous avons mis un terme aux prestations".

M. L_____ : "Je trouve inadmissible que SWICA fonde son refus de prester, qui date de février 2007, sur la base d'un examen médical qui a eu lieu en octobre 2007".

28. La cause a été gardée à juger à l'issue de l'audience.

EN DROIT

1. En vertu de l'art. 22 des Conditions générales de l'assurance collective d'une indemnité journalière selon la LCA de SVICA (ci-après conditions générales d'assurance) applicables aux relations entre l'assurée et l'assureur, le preneur d'assurance peut choisir les tribunaux de son domicile en cas de contestation. Cette élection de for est admissible en vertu de l'art. 9 de la loi fédérale sur les fors en matière civile, du 24 mars 2000 (Loi sur les fors, LFors ; RS 272) par renvoi de l'art. 46a de la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (LCA ; 221.229.1).

De plus, conformément à l'art. 56V al. 1 let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique tant des contestations relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal ; RS 832.10) que des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la LAMal, et à l'assurance-accidents obligatoire prévue par la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA ; RS 832.20), relevant de la LCA.

Le Tribunal des assurances sociales est ainsi saisi de l'ensemble du contentieux en matière d'assurances complémentaires privées, tant dans le domaine de l'assurance-maladie que dans celui de l'assurance-accidents. Le Tribunal des conflits a par ailleurs expressément constaté la compétence du Tribunal de céans en matière d'assurances d'indemnités journalières soumises à la loi fédérale sur le contrat d'assurances du 2 avril 1908 (LCA ; cf. ACOM/42/2006 du 13 juin 2006 et ACOM/55/2005 du 26 août 2005).

La compétence du Tribunal de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. A titre préalable, le Tribunal fédéral a rappelé dans un arrêt 5P.146/1999 du 13 janvier 2000 que les litiges relatifs à l'assurance complémentaire à l'assurance-maladie obligatoire sont régis par la loi sur le contrat d'assurance (art. 12 al. 2 et 3 LAMal). En cette matière, l'assureur n'a pas de compétence décisionnelle; il ne peut prendre de décision sujette à recours, à l'instar de ce qui se fait dans l'assurance-maladie obligatoire. L'assuré peut faire valoir ses droits en ouvrant directement une action contre l'assureur devant l'autorité compétente en vertu du droit cantonal (ancien art. 47 al. 1 de la loi fédérale du 23 juin 1978 sur la surveillance des institutions d'assurance privées, art. 85 al. 1 nLSA (LSA; RS 961. 01); A. Maurer, Das neue Krankenversicherungsrecht, p. 131 et 136; Viret, Le contentieux en matière d'assurance-maladie selon le nouveau droit, RJJ 1996, p. 191 ss, spéc. p. 199). Celle-ci est une autorité de première instance (Viret, op. cit., p. 199) qui doit instruire l'action de l'assuré, en respectant les règles minimales de procédure prévues à l'art. 47 al. 2 et 3 aLSA (art. 85 al. 2 et 3 nLSA). Elle doit ainsi établir d'office les faits et apprécier librement les preuves (al. 2). Pour le surplus, elle doit se conformer au droit cantonal applicable, qui doit toutefois prévoir une procédure simple et rapide (al. 2), et statuer, en principe, sans frais (al. 3).

En l'espèce, au vu de ce qui précède, le recours de l'assurée sera traité comme une demande en paiement.

3. Les prescriptions de forme prévues à l'art. 89B de la loi genevoise du 12 septembre 1985 sur la procédure administrative (LPA ; E 5 10) étant remplies, ladite demande, déposée auprès du Tribunal de céans, est recevable.
4. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229 consid. 1.1 et les références). La LCA a subi des modifications par la nouvelle du 17 décembre 2004 (FF 2003 3353) ayant entraîné des modifications de la LCA en vigueur dès le 1^{er} janvier 2006, respectivement dès le 1^{er} janvier 2007, de sorte qu'il y a lieu de les prendre en considération en l'espèce.
5. Est seule litigieuse en l'espèce la question de savoir si l'assuré a droit à la prise en charge de ses frais d'aide ménagère au-delà du 28 février 2007, singulièrement s'il présente dès lors encore une incapacité médicale d'effectuer ses tâches ménagères courantes et si celle-ci a des conséquences économiques.
6. a) Selon l'art. 46 al. 1 LCA, les créances qui dérivent du contrat d'assurance se prescrivent par deux ans à dater du fait d'où naît l'obligation.

La demande ayant été déposée en l'espèce le 4 mai 2009 pour des prestations à compter du 1^{er} mars 2007, elle l'a été en temps utile seulement pour les prestations dès le 4 mai 2007.

b) L'article 3 des conditions générales applicables aux diverses assurances complémentaires selon la LCA, assure les conséquences économiques de la maladie. Selon l'article 10 des conditions générales de l'assurance COMPLENTA TOP, pour l'aide familiale qui est nécessaire pour effectuer les travaux dans le ménage, la caisse prend en charge 50% des frais attestés, jusqu'à 30 fr. par jour pendant 60 jours au plus par année civile. En sus, l'article 15 des conditions générales de l'assurance HOSPITA prévoit le paiement de 40 fr. par jour pendant 60 jours au plus.

c) La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références ; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, *in* : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH, Bâle 2000, p. 268).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C_773/2007, consid. 2.1).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en

présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99).

S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d).

7. Dans le cas d'espèce, le rapport médical du Dr C_____ est conforme aux exigences de la jurisprudence. Il est fondé sur un examen médical du patient, une anamnèse complète. Il pose des diagnostics, tient compte des plaintes du patient et discute ensuite de façon convaincante le cas. Son audition par le Tribunal et la confrontation de son avis à celui du médecin traitant permettent de confirmer la valeur probante de son rapport. En particulier, il expose précisément que les divers diagnostics retenus par le médecin traitant et la Dresse B_____, qu'il ne conteste pas, ne causent pas les limitations dont l'assuré se plaint. En particulier, ils ne l'empêchent pas de s'accroupir (ce qui permet de remplir et vider la machine à laver le linge et la vaisselle), ni de porter des charges de 5 kilos, deux fois par semaine sur une courte durée, y compris ramener des courses. Aucune des affections retenues n'explique les vertiges, les chutes et le manque de sensibilité, étant précisé qu'une seule chute a été mentionnée par le médecin traitant. Le médecin ne met pas en doute que le patient ressent des douleurs lombaires en se penchant, mais il précise que ces douleurs peuvent être évitées en pliant les jambes. Ainsi, l'assuré n'est pas empêché, pour des raisons médicales, de balayer ou passer une serpillère. Il précise encore que si cela est nécessaire (ce qu'il ne retient pas), une attelle anti-steppage permet d'éviter de trébucher. Le Dr C_____ est un

médecin indépendant, qui est médecin conseil de l'assurance à temps très partiel, de sorte qu'il n'y a pas de motif de mettre en doute sa neutralité.

A l'opposé, les rapports de la Dresse A _____, médecin traitant empathique de son patient, sont peu étayés et se bornent à affirmer, sans motivation, que les limitations sont la conséquence des affections. Ils ne permettent pas de mettre en cause l'avis du Dr C _____.

Par contre, les divers rapports de la Dresse B _____ sont tout à fait convaincants s'agissant de la lente dégradation de l'état de santé du patient et rien ne permet de mettre en doute que l'assuré souffre effectivement de douleurs lombaires consécutives à l'opération de l'hernie discale en 2004. Son avis diverge de celui du Dr C _____ s'agissant des limitations liées aux affections du patient. Elle affirme en particulier que les douleurs lombaires, dues aux affections décrites, expliquent aussi que le patient n'arrive pas à se baisser, ce qui l'empêche de ramasser des habits par terre, de remplir et vider les machines à laver, de passer l'aspirateur, l'âge et la surcharge pondérale n'étant pas seuls en cause.

Toutefois, la Dresse B _____ admet, d'une part, une amélioration entre début et fin 2006, les douleurs ayant alors pratiquement disparu, et elle ne parvient pas à justifier objectivement l'intensité des douleurs dont se plaint son patient au niveau dorsal et ne fait pas véritablement état d'une aggravation de l'état de santé en 2007. Elle met en avant, d'autre part, les difficultés du patient pour se doucher et s'habiller, qui sont des soins qui ne relèvent pas de l'aide de ménage visée par le contrat d'assurance en question. Elle n'exclut pas, de surcroît, que le patient puisse s'accroupir pour remplir les machines à laver et éviter ainsi les douleurs lombaires. Le port de charges, limité à quelques kilos, permet de faire des petites courses plusieurs fois par semaine. Surtout, la Dresse B _____ indique que l'état de santé est stable et séquellaire depuis 2006, après l'amélioration constatée, au point où la médication était devenue très épisodique, sans se prononcer sur le lien possible entre les difficultés croissantes du patient à assurer son ménage et son âge, soit 80 ans en 2010. A noter encore qu'il n'est pas contesté que certains gestes et activités prennent certainement plus de temps ou doivent être adaptés aux limitations, mais cela n'implique pas qu'ils soient impossibles à effectuer. Ainsi, les constatations de la Dresse B _____ ne mettent pas suffisamment en doute celles du Dr C _____ pour qu'une expertise judiciaire doive être ordonnée et il faut donc admettre, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les limitations alléguées ne sont plus la conséquence de la maladie.

Au demeurant, si le Tribunal avait admis que l'assuré est empêché, pour des raisons médicales, de faire les tâches ménagère suivantes : passer l'aspirateur, nettoyer la cuisine et les sanitaires, cela n'aurait pas été suffisant pour maintenir le droit aux prestations au-delà de fin février 2007. En effet, il apparaît que l'assuré a toujours employé une aide de ménage, à raison de 4 à 5 heures par semaine, tout à fait

indépendamment de son état de santé. Or, ce temps-là est largement suffisant pour l'entretien courant d'un logement de 3 pièces, habité par une seule personne, y compris la lessive. Ainsi, l'assuré ne subit pas, en tout état, de conséquences économiques à son incapacité de faire le ménage courant de son logement pour des raisons de santé. Peu importe qu'il réclame ce qu'il estime être des heures supplémentaires faites par son employée de maison, qu'il emploie désormais 7 heures et demie par semaine, car celle-ci a toujours passé l'aspirateur, nettoyé les sanitaires et les sols, ce qui est suffisant pour admettre qu'il n'y a pas de conséquence économique à la maladie, ces tâches ménagères étant déjà, avant la maladie, effectuées par une employée rémunérée.

8. Ainsi, la demande est rejetée, l'assurance ayant à juste titre mis un terme au versement de ses prestations à fin février 2007, après l'amélioration de la situation constatée par la Dresse B_____. Il est possible que la caisse ait alloué les prestations de janvier 2006 à février 2007 sans un examen très poussé de la situation de santé et sur la base d'indications lacunaires s'agissant des conséquences économiques précitées. Toutefois, l'assuré ne saurait en tirer argument pour le maintien des prestations au-delà du 28 février 2007.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare la demande recevable.

Au fond :

2. La rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la Loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF ; RS 173.110) auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) pour ce qui a trait aux prestations relevant de la LAMal et/ou par la voie du recours en matière civile auprès du Tribunal fédéral (av. du Tribunal fédéral 29, case postale, 1000 Lausanne 14), conformément aux art. 72 ss LTF en ce qui concerne les prestations relevant de la LCA; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Florence SCHMUTZ

Sabina MASCOTTO

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique et à l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers par le greffe le