

Jurisprudence de la Cour des assurances sociales
Rechtsprechung der
sozialversicherungsrechtlichen Abteilung

Assurance-maladie
Krankenversicherung

ATC (Cour des assurances sociales) du 3 octobre 2023, X. c. Mutuel Assurance Maladie SA – S2 21 84

Droit aux indemnités journalières LAMal

- Conditions d'une reconsidération ou d'une révision procédurale d'une décision sur opposition entrée en force (consid. 3.1 et 3.2).
- Conditions du droit à l'indemnité journalière ; preuve de l'incapacité de travail et de la perte de gain (consid. 4.1.1 et 4.2).

Anspruch auf Taggelder

- Voraussetzungen einer Wiedererwägung oder einer prozessualen Revision eines rechtskräftigen Einspracheentscheides (E. 3.1 und 3.2).
- Voraussetzungen für einen Taggeldanspruch (Art. 67 KVG und Art. 6 ATSG) ; Nachweis der Arbeitsunfähigkeit und des Erwerbsausfalls (E. 4.1.1 und 4.2).

Faits (extraits)

A. X., né le xxx 1986, a travaillé comme menuisier-charpentier pour le compte de l'entreprise A., à B., du 16 août 2016 au 31 juillet 2019. A ce titre, il était assuré auprès de Mutuel Assurance Maladie SA (Mutuel) pour la perte de gain maladie LAMal. Dès le 1^{er} août 2019, il est passé du contrat collectif de son employeur à une assurance individuelle.

En date du 20 mars 2019, l'employeur a déclaré à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accident (CNA) que son employé était en arrêt de travail total depuis le 25 février 2019 en raison d'une rechute d'un accident survenu le 28 août 2018. Par décision du 7 mai 2019, la

CNA a considéré que l'état de santé tel qu'il aurait été sans l'accident d'août 2018 pouvait être considéré comme atteint dès le 28 janvier 2019, de sorte qu'il mettait fin à toutes prestations dès cette date.

Informée, Mutuel a accepté, par courrier du 5 juin 2019, d'avancer les indemnités journalières selon les certificats d'arrêt de travail remis par l'employeur, le temps d'examiner la situation sous l'angle médical. A cette fin, elle a donné un mandat d'expertise au Dr C., spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne générale, le 28 octobre 2019. Après avoir étudié le dossier assécurologique, obtenu des renseignements des médecins traitants et examiné l'assuré le 4 décembre 2019, l'expert a retenu les diagnostics de status après contusion thoracique antérieure gauche le 28 août 2018, de dorsalgies paramédianes gauches apparues en septembre 2019 sur hernie discale D5-D6, de status après fracture de la clavicule gauche opérée en 2010 et d'emphysème pulmonaire sévère dans un contexte de tabagisme important. Il a estimé que les anomalies de la colonne dorsale justifiaient les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges au-delà de 10 kg occasionnellement et pas de travaux répétés en flexion et en rotation du tronc. Quant aux problèmes pulmonaires, ils empêchaient les travaux qui pouvaient entraîner une irritation pulmonaire, comme par exemple ceux nécessitant l'utilisation de solvants ou de produits toxiques et ceux dans lesquels l'employé était en contact avec des poussières diverses. Il a conclu que l'activité de menuisier-charpentier n'était plus exigible étant donné ces restrictions physiques, mais qu'une activité adaptée pouvait être immédiatement exercée à 100 % sans baisse de rendement.

Par décision du 20 janvier 2020, Mutuel a estimé que la reprise d'une activité adaptée était exigible de la part de l'assuré et n'entraînerait qu'une perte de gain de 12 %, de sorte qu'elle mettrait fin à ses prestations au 30 avril 2020, ce qui laissait un laps de temps à l'assuré pour retrouver un emploi adapté à son état de santé ou s'inscrire auprès de l'assurance-chômage.

B. Par courrier du 13 février 2020, l'intéressé s'est opposé à cette décision en indiquant que des mesures d'instruction étaient en cours auprès de l'assurance-invalidité et qu'il allait peut-être bénéficier de mesures professionnelles, de sorte qu'il sollicitait une prolongation de deux à trois mois du paiement des indemnités journalières.

Le 16 juillet 2020, Mutuel a demandé des renseignements complémentaires auprès du médecin traitant de l'assuré, le Dr D., spécialiste FMH en médecine générale. Dans un rapport du 27 juillet 2020, celui-ci a expliqué que son patient était multi-plaintif et qu'il décrivait des lombosciatalgies droites depuis une chute dans la baignoire en mars 2020. Il a remis le courrier qu'il avait adressé le 29 mai 2020 au Dr E., spécialiste FMH en rhumatologie, ainsi que le rapport de ce dernier du 3 juin 2020, qui indiquait que la situation s'était aggravée avec une recrudescence des lombosciatalgies droites à la suite d'une chute dans la baignoire le 15 mars 2020, que le status n'avait révélé ni syndrome irritatif ni atteinte déficitaire et que la problématique était surtout d'ordre professionnel, le patient devant trouver une profession mieux adaptée à son état de santé. Le Dr D. a ajouté qu'une IRM lombo-sacrée avait été réalisée le 23 juin 2020 et avait montré une discopathie lombaire basse modérée, sans hernie ni conflit radiculaire. Il a certifié qu'il n'y avait pas d'aggravation de l'état de santé mais une chronicisation des rachialgies aussi bien à l'étage dorsal que lombaire. Il a déclaré qu'il ne savait pas pourquoi l'assuré ne s'était pas inscrit au chômage, mais que celui-ci aurait dû suivre un programme de réorientation professionnelle comme agent d'exploitation, lequel avait toutefois été repoussé en raison de la pandémie. Enfin, il a indiqué qu'il avait prolongé l'arrêt de travail à 100 % en tant que menuisier-charpentier.

Par décision sur opposition du 7 septembre 2020, Mutuel a rejeté l'opposition de l'assuré. Elle a constaté que le rapport du médecin traitant ne mentionnait pas d'aggravation de l'état de santé et n'était pas de nature à remettre en cause les conclusions de l'expertise du Dr C. quant à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Elle a dès lors confirmé qu'une activité adaptée était exigible de l'assuré au terme du délai de transition fixé au 30 avril 2020. Cette décision sur opposition est entrée en force faute de recours de l'assuré.

C. Le 30 novembre 2020, le Dr D. a demandé à Mutuel de bien vouloir réexaminer le droit de l'assuré à des prestations, dans le mesure où depuis la chute dans la baignoire en mars 2020, l'intéressé n'avait pas cessé de se plaindre d'une douleur lombaire et à la fesse irradiant dans le membre inférieur droit qui l'empêchait de travailler ou de s'inscrire au chômage et que l'IRM de la colonne lombaire réalisée le 27 octobre 2020 – dont il a joint une copie du rapport – avait mis en

évidence une dessiccation du noyau pulpeux à l'étage L5-S1 avec protrusion discale et un contact avec la racine L5 à droite, pour laquelle il avait prescrit une infiltration péri-radiculaire L5 droite le 9 décembre 2020.

Le 13 janvier 2021, le médecin-conseil de Mutuel a estimé que l'incapacité de travail attestée par le Dr D. depuis octobre 2020 était hautement vraisemblable en raison du nouvel élément, à savoir la hernie, révélée à l'IRM.

Par courrier du 20 janvier 2021, Mutuel a refusé de verser des prestations pour l'aggravation constatée dès octobre 2020 dès lors que sa décision sur opposition du 7 septembre 2020 était entrée en force et que l'assuré n'avait aucun justificatif de revenu depuis le 1^{er} mai 2020.

Par courriel du 22 janvier 2021, l'assuré a adressé à Mutuel copie de la décision rendue le 29 septembre 2020 par la Caisse cantonale de chômage lui refusant le droit à l'indemnité de chômage dès sa demande du 4 septembre 2020 pour inaptitude au placement, dès lors qu'il avait déclaré ne pas être disposé et apte à exercer une activité salariée, même à temps partiel ou dans une activité adaptée.

Le 10 février 2021, Mutuel a demandé à l'assuré pourquoi il ne s'était pas inscrit au chômage avant le 4 septembre 2020 alors qu'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée lui était reconnue dès le 1^{er} mai 2020 et sur quels revenus elle devrait se baser pour verser une éventuelle indemnité entre le 1^{er} mai 2020 et le 4 septembre suivant.

Après avoir reçu la détermination de l'assuré, Mutuel a rendu une décision formelle le 31 mars 2021 par laquelle elle a confirmé son refus de prester pour la nouvelle affection attestée par le Dr D. dès octobre 2020, au motif que l'assuré ne subissait aucune perte de revenu et avait omis volontairement de s'inscrire au chômage dès le 1^{er} mai 2020.

D. Représenté par [...], l'assuré a formé opposition le 30 avril 2021, en soutenant que son état n'était pas stabilisé, voire se péjorait depuis la chute dans la baignoire de mars 2020, ce qui était corroboré par la décision de la Caisse cantonale de chômage du 29 septembre 2020 constatant l'inaptitude au placement, par le rapport du Dr D. du 30

novembre 2020 demandant le réexamen de la situation et par le rapport du 30 avril 2021 du Dr F., spécialiste FMH en neurologie, qui avait examiné l'assuré le 23 mars 2021 et estimait que l'incapacité de travail était de l'ordre de 60 % dans une activité adaptée (sans port de charges, sollicitations du tronc et marche et permettant l'alternance des positions assise et debout) tant que la douleur n'était pas maîtrisée.

Le 17 mai 2021, Mutuel a reçu un certificat d'arrêt de travail à 100 % pour la période du 1^{er} au 31 mai 2021, délivré par le Dr D.

Sollicité, le Dr G., médecin-conseil de Mutuel, a remarqué que selon le mandataire de l'assuré, la situation serait en relation avec une chute dans la baignoire en mars 2020, alors que les lésions radiologiques mises en évidence à l'IRM du 27 octobre 2020 du Dr H. étaient de nature dégénérative et non accidentelle et qu'aucune déclaration d'accident n'avait été faite. Il a relevé que le Dr F. parlait d'un syndrome douloureux, sans substrat anatomique objectif ni diagnostic CIM-10 formel, et qu'il n'avait pas mentionné d'atteinte motrice ou sensitive objectivée par un ENMG, de sorte que sa conclusion quant à une capacité de travail réduite dans une activité adaptée devait être rejetée.

Par décision sur opposition du 16 juin 2021, Mutuel a rejeté l'opposition et maintenu sa décision du 31 mars 2021 refusant toutes prestations pour l'annonce de la nouvelle affection par le médecin traitant le 30 novembre 2020. Elle a estimé qu'il n'y avait pas de motif de procéder à une révision ou une reconsidération de sa décision sur opposition entrée en force du 7 septembre 2020. Elle a constaté que l'avis du neurologue ne remettait pas en question les conclusions de l'expertise de décembre 2019 ou au plus tôt depuis le jour de l'examen, le 23 mars 2021. Elle a ajouté que le médecin traitant n'avait annoncé une aggravation étayée par une IRM du 27 octobre 2020 qu'en date du 30 novembre 2020, et qu'à cette date, l'assuré ne justifiait d'aucune perte de gain puisqu'il n'avait pas retrouvé un emploi adapté ni ne s'était inscrit au chômage conformément à son obligation de réduire le dommage.

E. Le 18 août 2021, l'intéressé a recouru céans contre ce prononcé, en concluant, sous suite de frais et dépens, à l'octroi d'indemnités journalières du 1^{er} mai 2020 au 24 février 2021. Il a relevé qu'une aggravation de la situation en lien avec une chute dans la baignoire

en mars 2020 avait bien été mentionnée par le Dr D. le 29 mai 2020 et le Dr E. le 3 juin 2020 et que si le 27 juillet 2020, le Dr D. avait parlé d'une chronicisation des rachialgies plutôt que d'une aggravation, il avait toutefois pondéré ses dires dans son rapport du 30 novembre 2020 après avoir pris connaissance des résultats de l'IRM du 27 octobre 2020. Ainsi, selon l'assuré, l'incapacité de travail avait débuté le 15 mars 2020 alors qu'il percevait encore des indemnités journalières, de sorte qu'il y avait bien une perte de gain et que Mutuel devait poursuivre le versement des indemnités journalières jusqu'à leur épuisement selon l'article 7 alinéa 1 des conditions générales d'assurance (CGA), soit jusqu'au 24 février 2021. (...).

Répondant le 20 octobre 2021, Mutuel a conclu au rejet du recours. Elle a estimé que les éléments au dossier ne permettaient pas de prouver la chute du 15 mars 2020 au degré de la vraisemblance prépondérante, puisqu'il n'y avait pas eu de déclaration d'accident, que les lésions décrites à l'IRM de juin 2020 étaient dégénératives et que le Dr D. avait indiqué, le 27 juillet 2020, qu'il s'agissait plus d'une chronicisation des rachialgies que d'une aggravation et qu'il ne savait pas pourquoi l'assuré ne s'était pas inscrit au chômage. En outre, Mutuel a estimé, en se référant à l'avis de son médecin-conseil, que le rapport du Dr F. ne permettait pas de remettre en question les conclusions de l'expertise de décembre 2019 du Dr C.

(...)

Bien que l'échange d'écritures ait été clos le 31 janvier 2021, le recourant a tenu à verser en cause le rapport du 1^{er} février 2022 de la Dresse I., spécialiste FMH en neurochirurgie, qui constatait que le patient avait bien répondu à l'infiltration, mais que les douleurs étaient réapparues, de sorte qu'elle proposait une chirurgie de décompression de la racine L5 à droite, ainsi que son rapport du 10 août 2022 qui expliquait qu'il faudrait tenir compte d'une convalescence de 6 mois après la chirurgie avant que l'assuré puisse reprendre une activité adaptée avec alternance des positions et port de charges limité à 5-10 kg.

Ces documents ont été transmis à Mutuel qui n'a pas formulé d'observations.

(...)

Considérant en droit (extraits)

2. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance perte de gain maladie au-delà du 30 avril 2020, à la suite de la demande de réexamen formulée par le Dr D. le 30 novembre 2020 sur la base du rapport de l'IRM du 27 octobre 2020.

Selon le recourant, l'intimée aurait dû poursuivre le versement des indemnités journalières maladie au-delà du 30 avril 2020 jusqu'à leur épuisement le 24 février 2021, dans la mesure où il lui était impossible de reprendre une activité adaptée dès le 1^{er} mai 2020 en raison d'une aggravation de son état de santé due à une chute dans sa baignoire le 15 mars 2020.

Or, par décision sur opposition du 7 septembre 2020, contre laquelle l'assuré n'a pas recouru, l'intimée a confirmé la fin du versement des indemnités journalières au 30 avril 2020.

Il s'agit donc, tout d'abord, d'examiner s'il existe un motif de révision ou de reconsidération de la décision sur opposition du 7 septembre 2020 formellement entrée en force (cf. infra consid. 3), cas échéant, de déterminer si l'assuré peut prétendre à des prestations de l'intimée depuis l'annonce du Dr D. du 30 novembre 2020 fondée sur l'atteinte découverte à l'IRM du 27 octobre 2020 (consid. 4).

La question de savoir si l'assuré a effectivement chuté dans sa baignoire le 15 mars 2020, ainsi que celle du lien de causalité entre les troubles dont il souffre et le premier accident d'août 2018 n'ont aucune importance dans la résolution du litige, comme on le verra ci-dessous.

3.

3.1 Les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient pas être produits auparavant (révision procédurale ; art. 53 al. 1 LPG). Par ailleurs, l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable (reconsidération ; art. 53 al. 2 LPG). Pour juger s'il est

admissible de reconsidérer une décision, pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque ; une modification de pratique ne saurait guère faire apparaître l'ancienne comme sans nul doute erronée (ATF 125 V 389 consid. 3 et les références). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_194/2015 du 30 octobre 2015 consid. 2.2).

3.2 En l'espèce, la Cour estime que le 7 septembre 2020, l'intimée n'a pas rendu une décision manifestement erronée en confirmant la fin du droit aux prestations au 30 avril 2020, au vu des éléments qu'elle avait à sa disposition à cette date. En effet, dans son rapport du 3 juin 2020, le Dr E. estimait que la problématique était surtout d'ordre professionnel car il s'agissait pour le patient de trouver une profession mieux adaptée à son état de santé. Quant au Dr D., questionné, il avait clairement indiqué, dans son rapport du 27 juillet 2020, que malgré la chute dans la baignoire en mars 2020 qui avait entraîné des lombosciatalgies, il ne savait pas pourquoi l'assuré ne s'était pas inscrit au chômage, qu'il n'y avait pas vraiment d'aggravation de l'état de santé mais une chronicisation des rachialgies dorsales et lombaires et que l'arrêt de travail avait été prolongé uniquement pour l'activité de menuisier-charpentier. Au vu de ces éléments, il sied d'admettre que l'assuré disposait toujours d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses problèmes de dos.

Quant au courrier du Dr D. du 30 novembre 2020, il ne constitue pas un fait ou un moyen de preuve nouveau concernant la situation médicale du recourant au 30 avril 2020, qui ne pouvait pas être produit dans le cadre de l'opposition. Il s'agit uniquement d'un changement de position du médecin traitant, qui estime qu'il aurait dû attester, dans son rapport du 27 juillet 2020, une aggravation de l'état de santé de son patient à la suite de la chute dans la baignoire de mars 2020 puisque celui-ci s'était toujours plaint de douleurs l'empêchant de travailler et puisque finalement une IRM réalisée le 27 octobre 2020 avait mis en évidence une dessiccation du noyau pulpeux avec un contact avec la racine L5 à droite. Or, à lui seul ce

dernier élément ne permet pas de retenir une aggravation de l'état de santé en mars 2020 empêchant la reprise au 30 avril 2020 de toute activité lucrative quelle qu'elle soit, étant rappelé que le médecin traitant n'a attesté, à aucun moment, ni dans son rapport du 27 juillet 2020 ni dans son courrier du 30 novembre 2020, une incapacité de travail totale dans une activité adaptée.

4. Dans son rapport du 30 novembre 2020, le Dr D. a demandé à l'intimée de bien vouloir réévaluer le droit aux prestations de l'assuré au vu des résultats de l'IRM réalisée le 27 octobre 2020.

4.1

4.1.1 Selon l'article 67 LAMal, toute personne domiciliée en Suisse ou qui y exerce une activité lucrative, âgée de 15 ans révolus, mais qui n'a pas atteint 65 ans, peut conclure une assurance d'indemnités journalières (al. 1). Celle-ci peut être convenue sous la forme d'un contrat individuel ou collectif (al. 3).

Aux termes de l'article 72 alinéa 1 LAMal, l'assureur convient avec le preneur d'assurance du montant des indemnités journalières assurées. Ils peuvent limiter la couverture aux risques de la maladie et de la maternité. Le droit aux indemnités journalières prend naissance lorsque l'assuré a une capacité de travail réduite au moins de moitié (art. 6 LPGa). Pour avoir le droit au versement de la somme assurée (ATF 110 V 318 consid. 5), l'assuré doit prouver l'existence d'une incapacité de travail et d'une perte de salaire ou de gain consécutive à la maladie (RAMA 2000 n° KV 137, p. 355 consid. 3c, K 14/00 ; cf. aussi ATF 130 V 35 consid. 3.2 et 3.3 ; EUGSTER, Krankenversicherung [E.], in SBVR, Soziale Sicherheit, 3^e éd., n° 1464 p. 842).

Selon l'article 6 LPGa, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. Pour déterminer le taux de l'incapacité de travail, il faut établir dans quelle mesure l'assuré ne peut plus, en raison de l'atteinte à la santé, exercer son activité antérieure, compte tenu de sa productivité effective et de l'effort que l'on peut raisonnablement exiger de lui (RAMA 2005 KV n° 342 p. 356 ; ATF 114 V 281 consid. 1c). En cas d'incapacité de travail de longue durée, on peut raisonnablement exiger de l'assuré, conformément à son obligation de diminuer le dommage, qu'il utilise

sa capacité de travail résiduelle dans un autre secteur d'activité professionnelle (ATF 129 V 463 consid. 4.2 ; RIEMER-KAFKA, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Fribourg 1999, p. 57, 551 et 572, voir aussi p. 277 s. en ce qui concerne le droit à l'indemnité journalière dans l'assurance-maladie).

Si une activité de substitution est exigible, le droit à l'indemnité journalière dépend de l'existence d'une perte de gain éventuelle imputable au risque assuré. Celle-ci se détermine par la différence entre le revenu qui pourrait être obtenu sans la survenance de l'éventualité assurée dans la profession exercée jusqu'ici et le revenu qui est obtenu ou pourrait raisonnablement être réalisé dans la nouvelle profession. La perte de gain chiffrée en pour cent donne ainsi le taux de l'incapacité de travail résiduelle (arrêt du Tribunal fédéral 8C_251/2012 du 27 août 2012 consid. 2 et les références, notamment à l'ATF 114 V 281).

4.1.2 Selon l'article 13 alinéa 1 des CGA, l'indemnité journalière est allouée en cas d'incapacité de travail à partir de 25 %. Selon l'alinéa 2, l'indemnité journalière est calculée sur la base du salaire en vigueur au moment de l'incapacité de travail conformément à la déclaration de l'employeur faite par le biais des formulaires mis à sa disposition par l'assureur. L'alinéa 4 précise encore qu'en cas d'incapacité de travail totale ou partielle d'un assuré, l'employeur doit en informer l'assureur dans un délai de 7 jours à compter de l'interruption de travail et ce par l'intermédiaire d'un certificat médical émanant d'un médecin reconnu.

4.1.3 Pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure l'assuré est incapable de travailler et quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de lui (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

Lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-

fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1c et les références citées). Au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, *in* SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contraire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). Pour qu'un avis médical puisse être écarté, il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité ou au bien-fondé de l'évaluation (arrêts du Tribunal fédéral 9C_276/2015 du 10 novembre 2015 consid. 4.3 ; 9C_607/2008 du 27 avril 2009 consid. 3 ; 9C_885/2007 du 15 septembre 2008 consid. 3.2 et 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2).

4.2 En l'espèce, force est de constater que dans son rapport du 30 novembre 2020, le Dr D. ne s'est aucunement prononcé sur la capacité de travail du recourant, mais s'est contenté d'indiquer qu'une aggravation de l'état de santé de l'assuré avait été constatée à l'IRM du 27 octobre 2020.

Selon les éléments du dossier, seule une incapacité de travail totale dans l'activité de menuisier-charpentier a été attestée et régulièrement prolongée par le médecin traitant. Lors de l'annonce du 30 novembre 2020 du Dr D., il n'existait donc aucun certificat médical permettant de retenir une incapacité de travail dans une activité adaptée aux problèmes de santé du recourant, telle que définie dans l'expertise du Dr C. de décembre 2019.

Par la suite, la Cour observe qu'aucun des spécialistes consultés en vue de poser un diagnostic et de soulager le patient grâce à des infiltrations n'a attesté d'incapacité de travail ni n'a donné son avis sur la capacité de travail résiduelle du patient. Seul le Dr F., interpellé par le mandataire de l'assuré, a indiqué le 30 avril 2021 qu'à son avis, une incapacité de travail de l'ordre de 60 % pouvait être admise dans

une activité adaptée tant que la douleur n'était pas maîtrisée. Or, pris sur la base d'un seul examen électro-clinique de l'assuré réalisé le 23 mars 2023, cet avis ne saurait remettre en doute les conclusions de l'expertise probante du Dr C. de décembre 2019, lesquelles ont été confirmées, après compléments d'instruction, dans la décision sur opposition entrée en force du 7 septembre 2020.

Comme l'a relevé le médecin-conseil de l'intimée dans sa prise de position du 26 mai 2021, la douleur est éminemment subjective et le Dr F. n'a pas relevé de cotation de la douleur sur laquelle se baser, lors de son examen du 23 mars 2021. En outre, le médecin-conseil a constaté que le Dr F. n'avait objectivé aucune atteinte motrice ou sensitive, de sorte que sans fondement ou substrat anatomique réaliste, son appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ne pouvait pas être admise. La Cour se rallie entièrement à l'avis du médecin-conseil.

En outre, il appert que lors de l'aggravation objectivée en octobre 2020, l'assuré ne percevait ni salaire ni indemnité de chômage (son aptitude au placement ayant été niée dès lors qu'il avait indiqué ne pas être disposé ni apte à exercer une activité salariée). Ainsi, le recourant ne peut justifier d'aucune perte de gain indemnisable, deuxième condition cumulative pour avoir le droit au versement d'indemnités journalières de l'assureur perte de gain maladie.

5. Mal fondé le recours doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.