RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2058/2020 **ATAS/906/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 2 septembre 2021

3ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Andrea VON FLÜE	recourant

contre

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS - SUVA, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE	intimée

Siégeant : Karine STECK, Présidente; Claudiane CORTHAY et Michael BIOT, Juges assesseurs

EN FAIT

A. a. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en 1973, travaillait en qualité de serveur pour le compte des sociétés B_____ S.A. et C_____ S.A. (ci-après : les employeurs) et était, à ce titre, assuré contre le risque d'accident auprès de la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : l'assurance ou la SUVA).

b. Le 13 septembre 2016, l'assuré a glissé dans sa salle de bains et s'est blessé au membre inférieur gauche, ensuite de quoi il s'est retrouvé en arrêt de travail (cf. déclarations de sinistre des 23 et 29 septembre 2016) jusqu'au 27 novembre 2016. L'assurance a pris en charge les suites de l'accident.

c. Le 12 décembre 2016, l'assuré s'est tordu la cheville pendant son service, ce qui a entraîné une nouvelle incapacité de travail (cf. déclaration de sinistre du 23 décembre 2016). L'assurance a repris en charge les suites de l'accident.

d. Par décision du 31 janvier 2018, l'assurance a mis un terme au paiement des indemnités journalières et à la prise en charge des soins médicaux avec effet au 3 janvier 2018 en se référant à un avis émis le 23 février 2018 par le docteur D_____, selon lequel l'accident du 13 septembre 2016 ne jouait plus aucun rôle dans les troubles encore présents au niveau de la jambe gauche. Cette décision a été confirmée sur opposition le 23 mars 2018.

e. Saisie d'un recours de l'assuré, la Cour de céans a entendu, le 23 août 2018, le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Celui-ci a notamment déclaré que l'assuré avait été victime d'une entorse ayant pour conséquence une rupture partielle du tendon d'Achille; bien que certains facteurs défavorables à la cicatrisation existent, il y avait clairement eu un épisode particulier à l'origine de la rupture partielle; la cicatrisation pouvait prendre beaucoup de temps, même en l'absence de facteurs défavorisants ; une intervention – consistant à exciser la cicatrice, rallonger le tendon en amont avant de recouvrir la suture avec un prélèvement de tendon et de muscle en amont également – était nécessaire, même en l'absence d'atteinte préexistante au niveau du tendon d'Achille. Cette intervention a été pratiquée le 7 septembre 2018.

Le 31 mai 2019, la Cour de céans a admis le recours de l'assuré, annulé la décision du 23 mars 2018 et ordonné à l'assurance de reprendre le versement des prestations au-delà du 3 janvier 2018 (ATAS/493/2019).

En substance, la Cour a retenu l'existence de lésions corporelles assimilées à un accident (déchirure musculaire et du tendon) suite aux évènements des 13 septembre et 12 décembre 2016. Elle a estimé que l'origine exclusivement dégénérative de ces lésions n'était pas manifeste.

B. a. Suite à cet arrêt, l'assurance a transmis le dossier à la doctoresse F_____, spécialiste FMH en chirurgie générale et traumatologie, qui, le 8 novembre 2019, a indiqué qu'en l'état, il lui était impossible de se déterminer sur la question de savoir si les troubles étaient toujours en lien avec l'accident du 13 septembre 2016.

b. Le 11 novembre 2019, l'assuré a informé l'assurance qu'une nouvelle opération de la cheville gauche était prévue aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) le 5 décembre 2019.

c. Le 19 novembre 2019, l'assurance a émis des réserves quant à la prise en charge de cette nouvelle opération et suspendu les prestations dès cette date dans l'attente des rapports médicaux et de l'appréciation de son service médical.

d. Le 21 novembre 2019, les HUG lui ont transmis un rapport rédigé le 18 septembre 2019 par le docteur G_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, dont il ressortait que la situation n'avait pas évolué depuis l'intervention du 7 septembre 2018, l'assuré se plaignant toujours de douleurs localisées au tendon d'Achille.

e. Le 10 janvier 2020, la Dresse F_____ s'est ralliée à l'avis exprimé par le Dr D_____ dans son rapport du 23 février 2018, selon lequel la seule atteinte séquellaire des évènements de 2016 était guérie. Selon elle, les interventions des 7 septembre 2018 et 5 décembre 2019 n'étaient pas motivées par un état séquellaire auxdits évènements.

C. Par décision du 24 janvier 2020, l'assurance a mis un terme au paiement des indemnités journalières et à la prise en charge des soins médicaux avec effet au 4 décembre 2019. Cette décision a été confirmée sur opposition le 5 juin 2020, après que la Dresse F_____ a réitéré son avis le 13 février 2020.

D. a. Le 9 juillet 2020, l'assuré a interjeté recours contre cette décision, en concluant, sous suite de dépens, à son annulation.

b. Invitée à se déterminer, l'intimée conclut au rejet du recours.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

3. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était alors pendant devant la Cour de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 82*a* LPGA ; RO 2020 5137 ; FF 2018 1597 ; erratum de la CdR de l'Ass. féd. du 19 mai 2021, publié le 18 juin 2021 in RO 2021 358).

4. La modification du 25 septembre 2015 de la LAA est entrée en vigueur le 1er janvier 2017. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

5. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la de loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

6. Le litige porte sur la question de savoir si c'est à bon droit que l'intimé a mis un terme au versement de ses prestations le 4 décembre 2019.

7. a. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA).

   b. La responsabilité de l'assureur-accident s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 337 consid. 1 ; ATF 118 V 289 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références).

   L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examinent en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un

rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). L'admission d'un rapport de causalité naturelle entre une atteinte à la santé et un accident assuré n'implique pas que cet accident soit une cause prépondérante ou exclusive de l'atteinte à la santé, ni qu'il en soit une cause directe ; il suffit que l'accident ait contribué, avec d'autres facteurs, à la survenance de l'atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_433/2008 du 11 mars 2009 consid. 5.1).

c. Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet événement (raisonnement "post hoc ergo propter hoc" ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb p. 341 s.; RAMA 1999 n o U 341 p. 408 s., consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (arrêt du Tribunal fédéral 8C_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 3.2). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b ; ATF 125 V 195 consid. 2 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

8. a. Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. En vertu de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202) qui prévoit que certaines lésions corporelles sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs: les fractures, les déboîtements d'articulations, les déchirures du ménisque, les déchirures et les élongations de muscles, les déchirures de tendons, les lésions des ligaments et des tympans.

b. La notion de lésion assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Aussi, les assureurs-accidents LAA doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement maladive ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 139 V 327 consid. 3.1 ; ATF 129 V 466 ; ATF 123 V 43 consid. 2b). Pour admettre l'existence d'un lien de causalité naturelle, il suffit que l'événement assuré soit en partie à l'origine de l'atteinte à la santé. Un état dégénératif ou morbide antérieur n'exclut pas l'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident, lorsque celle-ci est causée ou aggravée par un événement accidentel (voir ATF 123 V 43 consid. 2b ; ATF 116 V 145 consid. 6c ; ATF 114 V 301 consid. 3c).

c. Selon la jurisprudence, l'obligation de l'assureur-accidents de prendre en charge les suites d'une lésion corporelle assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 let. F OLAA se limite, conformément à la portée et au but de cette disposition, strictement aux déchirures de tendons, à l'exclusion de toute autre pathologie affectant les tendons, notamment celles qui concernent les tissus. Comme, du point de vue clinique, les ruptures partielles de tendons ne se différencient généralement pas des réactions inflammatoires secondaires, l'existence d'une lésion corporelle assimilée ne peut être admise qu'à la condition qu'une rupture partielle de tendon ait été objectivée médicalement de manière manifeste, que ce soit lors d'une opération ou à l'aide d'imagerie par produit de contraste. Il appartient à la personne qui requiert des prestations d'en apporter la preuve, faute de quoi elle risque de devoir en supporter l'absence (ATF 114 V 298 consid. 5c ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_763/2015 du 11 juillet 2016 consid. 4.3).

d. Les lésions énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine maladive ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, ne peut être tenue pour manifeste. Admettre, dans ce cadre, le retour à un statu quo ante ou l'évolution vers un statu quo sine en se fondant sur la vraisemblance prépondérante reviendrait à éluder cette disposition de l'OLAA. On se trouverait du reste à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence de lésions assimilées à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine dégénérative ou accidentelle de ces lésions (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 162/2006 du 10 avril 2004 consid. 4.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2).

e. Ces règles sont également applicables lorsqu'une des lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA est survenue lors d'un événement répondant à la définition de l'accident au sens de l'art. 6 al. 1 LAA (arrêts du Tribunal fédéral 8C_347/2013 du 18 février 2013 consid. 3.2 ; 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2 ; 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 3.2).

9. a. 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 (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1).

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

c. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet 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. Etant 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).

En ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin

traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

10. a. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel il appartient au juge d'établir d'office l'ensemble des faits déterminants pour la solution du litige et d'administrer, le cas échéant, les preuves nécessaires (cf. art. 43 al. 1 et 61 let. c LPGA). En principe, les parties ne supportent ni le fardeau de l'allégation ni celui de l'administration des preuves. Cette maxime doit cependant être relativisée par son corollaire, soit le devoir de collaborer des parties, lequel comprend l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela est raisonnablement exigible, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués (ATF 138 V 86 consid. 5.2.3; ATF 125 V 193 consid. 2). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse (ATF 124 V 372 consid. 3 ; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3).

    b. Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U.359/04 du 20 décembre 2005 consid. 2, U.389/04 du 27 octobre 2005 consid. 4.1 et U.222/04 30 novembre 2004 consid. 1.3).

11. Enfin, le juge des assurances sociales 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

12. a. En l'occurrence, l'intimée a mis un terme aux prestations à compter du 4 décembre 2019 au soir, estimant que la prise en charge de l'incapacité de travail et du traitement médical ne relevait plus de sa compétence au-delà. Elle se fonde sur l'appréciation de la Dresse F_____ qui exclut tout lien de causalité entre les évènements de 2016 et les atteintes encore présentes chez l'assuré au-delà de novembre 2017.

    b. Le recourant estime, quant à lui, que l'intimée doit continuer à prester, faisant valoir que la Cour de céans a reconnu, dans son arrêt du 31 mai 2019, que les atteintes dont il souffre découlent de son accident. Selon lui, les éléments au dossier ne permettent pas de retenir une rupture du lien de causalité, aussi aurait-il fallu procéder à une expertise pour déterminer l'évolution de son état de santé suite à son opération, ce que l'intimée n'a pas fait.

13. a. A titre liminaire, la Cour de céans relève que, bien que certaines pièces au dossier se réfèrent par erreur au membre inférieur droit du recourant, il n'est pas contesté que seul le membre inférieur gauche a souffert.

    b. La Cour de céans a d'ores et déjà eu l'occasion d'examiner la majeure partie des pièces médicales versées au dossier dans le cadre de la procédure A/1059/2018 et en a tiré les éléments suivants (cf. ATAS/493/2019) :

    Suite à l'événement du 13 septembre 2016, le recourant a ressenti des douleurs au niveau du membre inférieur gauche et les examens pratiqués ont mis en évidence une déchirure du muscle soléaire à la jonction myo-tendineuse achilléenne (rapports des 15 septembre 2016 du docteur H_____, 16 décembre 2016 du docteur I_____, 19 décembre 2016 et 9 janvier 2017 du docteur J_____, 2 mars et 3 septembre 2018 du Dr D_____) ou une déchirure/rupture achilléenne distale à la jonction myo-tendineuse (rapports des 17 janvier et 14 mars 2017 du docteur K_____, du 29 mars 2017 du docteur L_____, des 19 avril et 22 mai 2017 du docteur M_____, du 3 mai 2017 du Dr D_____, du 27 novembre 2017 du docteur N_____, des 15 janvier et 8 février 2018 du Dr E_____).

    En raison d'un deuxième accident survenu le 12 décembre 2016, lors duquel le recourant s'est tordu la cheville, une échographie a été réalisée le 16 décembre 2016, retrouvant la déchirure à la jonction myo-tendineuse du mollet gauche, ainsi qu'un nouvel hématome sur la partie postérieure du tendon d'Achille (rapport du 16 décembre 2016 du Dr I_____).

    Par la suite, au vu de l'évolution défavorable, des examens complémentaires ont été effectués, qui ont conclu à une tendinose du corps du tendon d'Achille gauche sur status post-déchirure partielle du corps du tendon d'Achille (rapports des 19 avril 2017 du Dr M_____, 21 novembre 2017 du docteur O_____, 27 novembre 2017

du Dr N_____) ou une cicatrisation hypertrophique fusiforme du tendon d'Achille (rapport du 15 janvier 2018 du Dr E_____).

La Cour de céans a considéré que cela correspondait à une lésion corporelle assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 let. d et f OLAA, qu'il s'agisse d'une déchirure musculaire ou d'une déchirure du tendon et que, dans la mesure où l'origine exclusivement dégénérative de cette lésion n'était pas manifeste, l'intimée était tenue de prendre en charge les suites de cet événement, ce qu'elle a d'ailleurs fait d'elle-même jusqu'au 3 janvier 2018.

La Cour a ensuite examiné le rapport du Dr D_____ – sur lequel s'était fondé l'intimée pour confirmer sa décision litigieuse du 23 mars 2018 – qui estimait qu'à compter du 21 novembre 2017, l'accident du 13 septembre 2016 ne jouait plus de rôle et que d'autres facteurs étaient venus s'ajouter, tels qu'une atteinte chronique préexistante au niveau du tendon d'Achille et un pied plat responsables de manière vraisemblable de la symptomatologie. La Cour de céans a relevé que seul le Dr D_____ évoquait l'existence d'une atteinte dégénérative préexistante et ce, plus d'une année après l'accident du 13 septembre 2016. Cette éventuelle atteinte dégénérative avait peut-être exercé une influence sur la survenance des lésions constatées, mais à l'aune des règles particulières de la preuve posée par la jurisprudence applicable aux lésions assimilées, la simple vraisemblance dont faisait état le Dr D_____ ne suffisait pas pour admettre le retour à un statu quo ante ou l'évolution vers un statu quo sine, puisqu'aucun rapport au dossier ne permettait de retenir le caractère désormais exclusivement maladif ou dégénératif des lésions considérées.

Au surplus, la Cour a considéré que les explications du Dr D_____ pour justifier l'absence de responsabilité de l'intimée dans les troubles encore présents après le 3 janvier 2018 - selon lesquelles le tendon d'Achille gauche n'avait pas subi de lésion suite aux évènements des 13 septembre et 12 décembre 2016 - n'étaient pas convaincantes dans la mesure où, dans son rapport du 17 mai 2017, il s'était expressément référé à l'échographie de contrôle du 14 mars 2017, constatant les stigmates de déchirure du tendon achilléen à sa jonction myo-tendineuse, sans en contester les conclusions.

La Cour de céans a encore relevé qu'en retenant une lésion de type dégénératif multifactorielle tendineuse à la jambe gauche, le Dr D_____ n'en excluait pas pour autant le caractère accidentel, puisqu'il soulignait que l'évolution défavorable était consécutive aux deux traumatismes successifs au membre inférieur gauche, et qu'il ne faisait en outre état d'aucun élément qui pourrait fonder un retour au statu quo telle qu'une atteinte chronique similaire au mollet droit.

La Cour de céans est donc arrivée à la conclusion que c'était à tort que l'intimée avait mis fin à ses prestations le 3 janvier 2018.

14. a. Depuis cet arrêt, de nouveaux rapports ont été versés au dossier. Il en résulte principalement que le recourant, qui présentait une rupture chronique du tendon

d'Achille gauche avec insuffisance dudit tendon, a subi une intervention chirurgicale le 7 septembre 2018 (transfert arthroscopique du long fléchisseur de l'hallux; cf. rapports des 12 septembre 2018 du Dr P_____ et 2 octobre 2018 des Drs Q_____ et R_____ et du Prof. S_____).

Un an après cette intervention, les douleurs localisées à la cheville persistaient, l'évolution était stagnante et des signes de tendinopathie – sans rupture – du tendon d'Achille (connu) et du long fléchisseur de l'hallux (post transfert arthroscopique) étaient constatés par radiographie, de sorte qu'une nouvelle intervention chirurgicale est intervenue le 5 décembre 2019 (rapport du 18 septembre 2019 du Dr G_____), qui a consisté en une arthroscopie postérieure de la cheville pour un débridement du carrefour postéro-interne de la cheville, avec débridement endoscopique à la partie distale du tendon d'Achille (rapports du 10 décembre 2019 du Dr P_____ et des Drs G_____, T_____ et du Prof. S_____). Cette opération a été motivée par le status post-transfert du long fléchisseur de l'hallux, une rupture négligée du tendon d'Achille, des douleurs au carrefour postéro-médial de la cheville, une cicatrice douloureuse post transfert du long fléchisseur de l'hallux et une tendinopathie distale du tendon d'Achille (rapport du 10 décembre 2019 du Dr P_____) ou une tendinopathie du tendon d'Achille post-transfert arthroscopique du long fléchisseur de l'hallux gauche pour rupture chronique du tendon d'Achille et des douleurs au carrefour postéro-médial de la cheville (rapport du 10 décembre 2019 des Drs G_____, T_____ et du Prof. S_____).

Ainsi, les interventions du 7 septembre 2018 et du 5 décembre 2019, s'inscrivent dans la continuité de la prise en charge médicale des atteintes d'ores et déjà qualifiées par la Cour de céans, dans son arrêt du 31 mai 2019, de lésions assimilées à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 let. d et f OLAA.

b. L'intimée a pourtant mis un terme à ses prestations en invoquant un avis de la Dresse F_____ du 10 janvier 2019, reprenant la position déjà adoptée précédemment par le Dr D_____, consistant à affirmer que l'atteinte causée par les évènements de 2016 – soit la déchirure à la jonction myo-tendineuse du triceps gauche – était en réalité guérie (guérison confirmée par l'IRM du 21 novembre 2017) et à nier tout lien de causalité entre les troubles du tendon d'Achille encore présents et les évènements traumatiques.

La Dresse F_____ estime que les troubles dont souffre encore le recourant sont soit un hématome résultant de la lésion myo-tendineuse, soit des altérations compatibles avec une atteinte dégénérative du tendon d'Achille. Selon elle, la seule lésion traumatique véritablement documentée, soit la déchirure à la jonction myo-tendineuse du triceps gauche, est désormais guérie. Elle considère qu'une rupture simultanée à deux niveaux de l'appareil musculo-tendineuse n'est pas imaginable et privilégie la théorie selon laquelle c'est forcément le maillon le plus faible qui lâche en premier, soit, s'agissant du recourant, la jonction musculo-tendineuse.

Force est de constater qu'en niant l'existence d'un lien de causalité entre les atteintes encore présentes au-delà du 21 novembre 2017 et les évènements de 2016, la Dresse F_____ remet en cause les conclusions adoptées par la Cour de céans dans son arrêt du 31 mai 2019, lequel est entré en force faute d'avoir été contesté. Pour rappel, la Cour de céans a reconnu à l'époque l'existence des troubles à la cheville gauche, qu'elle a qualifiés de lésions assimilées, et admis un lien de causalité entre les troubles encore présents au-delà du 21 novembre 2017 et les évènements de 2016, estimant qu'une origine exclusivement dégénérative n'était, en 2018, pas manifeste.

L'intimée, invoquant l'avis de la Dresse F_____ - qui s'est fondée sur la même documentation médicale que celle déjà examinée dans l'ATAS/493/2019 - soutient que la seule lésion séquellaire aux évènements de 2016 était déjà guérie le 21 novembre 2017, date antérieure à l'arrêt du 31 mai 2019, et nie l'existence de tout autre trouble encore présent en lien avec les accidents de 2016.

C'est le lieu de rappeler que les points tranchés sur recours ou par une juridiction ne peuvent être revus, en ce qui concerne les mêmes parties, les mêmes faits et les mêmes conclusions, que si des motifs de révision sont présents (Thierry TANQUEREL, Manuel de droit administratif, 2018, § 10 nn. 867 à 869).

Or, en l'espèce, il n'existe aucun motif de s'écarter de l'arrêt de la Cour de céans en tant qu'il admet, au-delà du 21 novembre 2017 l'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 let. d et f OLAA.

En effet, l'avis de la Dresse F_____ ne constitue qu'une appréciation différente d'un même état de fait, déjà examiné et établi dans l'ATAS/493/2019. Pour s'écarter de ce dernier, il faudrait un motif de révision, qui fait défaut en l'occurrence, vu l'absence de tout élément médical nouveau.

En tout état de cause, les conclusions de la Dresse F_____ apparaissent peu convaincantes, étant rappelé qu'avant de retenir catégoriquement, le 10 janvier 2020, que les troubles persistant au-delà du 21 novembre 2017 n'avaient aucun lien avec l'accident, la Dresse F_____ a d'abord reconnu, le 8 novembre 2019, ne pouvoir se prononcer sur cette question en l'état du dossier. Or, il apparaît qu'entre le 8 novembre 2019 et le 10 janvier 2020, le seul document médical nouvellement versé au dossier a été le rapport du 18 septembre 2019 du Dr G_____, rapport qui ne fait que confirmer que les troubles qualifiés de lésions assimilées par le Cour de céans persistaient, malgré l'opération du 7 septembre 2018, raison pour laquelle une nouvelle intervention était préconisée.

c. S'agissant d'une éventuelle rupture du lien de causalité entre les troubles encore présents au moment de la décision litigieuse et les évènements de 2016 (statu quo ante ou sine), la Cour de céans constate que l'origine exclusivement dégénérative des atteintes n'est toujours pas clairement établie. Il est certes régulièrement fait mention d'une rupture chronique du tendon d'Achille avec insuffisance dudit tendon ; cela étant, cette mention ne signifie pas encore que la rupture chronique a

désormais un caractère exclusivement maladif ou dégénératif. On rappellera que, dans un premier temps, un traitement conservateur a été mis en place, qu'en raison d'une mauvaise cicatrisation des lésions, une approche chirurgicale a, dans un second temps, été plébiscitée et que, l'intervention du 7 septembre 2019 n'ayant pas eu l'effet escompté, une nouvelle intervention a été réalisée le 5 décembre 2019. Aucun élément au dossier ne permet d'exclure le caractère accidentel des lésions encore présentes. Au contraire, il apparaît plutôt qu'elles sont toujours, à tout le moins partiellement, en lien avec les évènements de 2016.

Au vu de ce qui précède, c'est à tort que l'intimée a mis fin au versement de ses prestations au 4 décembre 2019.

15. Par conséquent, le recours est admis et la décision sur opposition du 5 juin 2020 annulée.

Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité lui sera accordée à titre de participation à ses dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]), arrêtée en l'espèce à CHF 3'500.-.

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision sur opposition du 5 juin 2020.
4. Constate que le recourant a droit aux prestations de la SUVA au-delà du 4 décembre 2019.
5. Condamne l'intimée à verser au recourant une indemnité de CHF 3'500.- à titre de dépens.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), 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); 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
Marie-Catherine SECHAUD	Karine STECK

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le