

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2483/2017

ATAS/375/2018

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 3 mai 2018**

**3<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié c/o Mme B\_\_\_\_\_, à CHAMBESY  
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Jacques  
EMERY

recourant

contre

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

intimée

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Diane BROTO et Christine LUZZATTO, Juges  
assesseurs**

---

## EN FAIT

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré), né en 1958, travaillait en tant qu'aide-monteur électricien pour C\_\_\_\_\_ SA, lorsqu'il a été victime d'un accident sur un chantier, le 11 juillet 2013.
2. Du 11 juillet au 2 août 2013, l'assuré a été hospitalisé aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) en raison d'une fracture Sanders III calcanéum du membre inférieur droit, traitée chirurgicalement le 23 juillet 2013. Une incapacité de travail totale a été constatée.
3. La CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt ; ci-après : la SUVA) a pris en charge les suites du cas, notamment par le versement d'indemnités journalières.
4. Par courrier du 16 décembre 2014, l'assureur a informé l'assuré qu'il mettait fin à la prise en charge des soins médicaux et au paiement des indemnités journalières avec effet au 31 janvier 2015. Son droit éventuel à une rente d'invalidité et/ou à une indemnité pour atteinte à l'intégrité devait encore être examiné. Il rappelait qu'il appartenait à l'assuré de mettre en valeur sa capacité de travail restante en exerçant une activité en harmonie avec son état de santé.
5. Le 29 avril 2015, l'assuré a annoncé à l'assureur qu'une nouvelle intervention était prévue.
6. Par décision du 3 juillet 2015, l'assureur a évalué la perte de gain à 6.23%, soit un taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. Il a en revanche reconnu à l'assuré le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) de 15% et lui a précisé que si son état de santé exigeait la reprise du traitement médical, il devrait l'annoncer.

Cette décision a été rendue à l'issue d'une instruction ayant permis de recueillir notamment les éléments suivants :

- un rapport du 6 février 2014 des docteurs D\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_, spécialistes FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur aux HUG, relatant que l'assuré se plaignait de douleurs quotidiennes et invalidantes au niveau de son arrière-pied et d'une tuméfaction ; un scanner du 10 décembre 2013 avait montré, notamment, une arthrose sous-taliennne ; la fracture semblait consolidée ;
- un rapport rédigé le 24 juin 2014 par les docteurs F\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_, spécialistes FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur aux HUG, suite à une arthrodèse pratiquée le 16 juin 2014 par le docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur aux HUG ; les suites post-opératoires ont été qualifiées de favorables ;

- un rapport du 12 août 2014 du docteur I\_\_\_\_\_, médecin interne au département de chirurgie des HUG, confirmant une évolution favorable, mais décrivant le patient comme encore algique ; les consultations avaient lieu toutes les six semaines et le traitement durerait probablement un an ;
  - un rapport rédigé le 27 octobre 2014 par le Dr H\_\_\_\_\_, confirmant la bonne évolution, expliquant que le traitement consistait en des séances de physiothérapie et que les consultations avaient lieu toutes les six semaines ; le médecin ne pouvait dire combien de temps durerait le traitement, ni à quelle date l'assuré pourrait reprendre son travail ; toutefois, il ne fallait pas s'attendre à un dommage permanent ;
  - l'avis émis en décembre 2014 par le docteur J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de la SUVA, après examen de l'assuré, concluant que le dossier pouvait être clôturé ; la reprise de l'ancienne activité d'aide-monteur électricien n'était pas exigible, mais, dans une activité adaptée, la capacité de travail était entière ; s'agissant des suites médicales à long terme, le médecin proposait d'accepter trois bilans en 2015, puis un par année selon l'évolution ; des séances de physiothérapie ne lui semblaient pas indiquées, mais pourraient être utiles en cas d'aggravation ; des chaussures adaptées ou des semelles ou des supports plantaires pouvaient être indiqués sur le moyen ou le long terme ; l'assuré avait droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) de 15% (cf. rapport du 15 décembre 2014) ;
  - un rapport du 3 mars 2015 du Dr H\_\_\_\_\_ indiquant que l'évolution était lente et l'état partiellement consolidé depuis l'intervention ; il proposait des investigations supplémentaires pour exclure une pseudarthrose ; la capacité de travail de l'assuré à moyen et à long terme était préteritiée.
7. Le 3 septembre 2015, l'assuré a subi une nouvelle intervention chirurgicale à la cheville effectuée par le Dr E\_\_\_\_\_.
8. Par décision du 15 juin 2016, l'assureur a mis fin au versement des prestations avec effet au 30 juin 2016. L'assuré avait droit à la prise en charge de deux consultations en 2016, puis d'une seule par année selon l'évolution. Un traitement antalgique pouvait être utile, ainsi que des chaussures adaptées ou des supports plantaires sur le moyen ou long terme.

Cette décision reposait notamment sur les éléments suivants :

- un rapport du scanner effectué le 22 janvier 2015 par le service de radiologie des HUG, montrant un début de fusion de l'articulation sous-talienne postérieure et antérieure ;
- un rapport du 17 juillet 2015 du Dr E\_\_\_\_\_ expliquant que les suites de l'arthrodèse pratiquée en juin 2014 étaient marquées par la persistance de la symptomatologie douloureuse, notamment au niveau de l'arrière-pied, mais aussi par une limitation de la densification de la cheville ; cela était dû à une pseudarthrose de l'arthrodèse de juin 2014, ainsi qu'à la présence d'un bec ostéophyttaire au niveau du talus et du tibia, ce qui provoquait un conflit antérieur de la cheville ; un scanner effectué en janvier 2015

montrait la non-consolidation de l'arthrodèse ; le médecin préconisait une nouvelle intervention chirurgicale ;

- un avis émis le 29 juillet 2015 par le Dr J\_\_\_\_\_ considérant que les troubles à la cheville de l'assuré étaient en lien de causalité avec l'accident du 11 juillet 2013 et qu'il s'agissait d'une rechute ;
- deux notes téléphoniques des 2 octobre et 10 novembre 2015, relatant que, selon le Dr E\_\_\_\_\_, il ne s'agissait pas d'une rechute mais d'une « suite de cas » ; le médecin reprochait au médecin d'arrondissement d'avoir conclu trop tôt à une consolidation ; l'arthrodèse pratiquée en septembre 2015 était une complication de l'intervention effectuée en juin 2014 ; autrement dit, l'état du patient n'était pas encore stabilisé en décembre 2014 et l'opération de septembre 2015 ne pouvait être considérée comme une rechute ;
- l'avis émis le 4 décembre 2015 par le Dr J\_\_\_\_\_, selon lequel l'intervention effectuée en septembre 2015 ne modifiait pas l'exigibilité reconnue dans son rapport du 15 décembre 2014 ;
- un rapport du 19 janvier 2016 du Dr E\_\_\_\_\_ expliquant notamment que l'arthrodèse de juin 2014 s'était compliquée par une pseudarthrose, confirmée par un scanner en janvier 2015, avec la persistance de la symptomatologie douloureuse ; une nouvelle intervention avait eu lieu le 3 septembre 2015 et il y avait eu amélioration de la symptomatologie, mais l'état de santé de l'assuré n'était pas encore stabilisé ; une reprise de l'activité habituelle ne semblait pas envisageable ; le médecin préconisait plutôt un travail de bureau ou sédentaire ; il insistait sur le fait qu'il ne s'agissait pas d'une rechute mais d'une complication de la chirurgie pratiquée en juin 2014 ; en effet, les douleurs au niveau du site opératoire et les tuméfactions avaient persisté ; en janvier 2015, un scanner avait montré la présence d'une pseudarthrose confirmant l'état clinique de l'assuré.
- un courrier rédigé le 7 mars 2016 par le Dr J\_\_\_\_\_, confirmant au Dr E\_\_\_\_\_ la capacité de travail reconnue lors de l'examen clinique effectué fin 2014 - correspondait à celle d'un métier de bureau ou sédentaire ;
- un courrier du 23 mai 2016 du Dr E\_\_\_\_\_ considérant que la reprise d'un emploi adapté sédentaire était désormais possible.

9. Les 29 juin et 16 août 2016, l'assuré s'est opposé à cette décision.

Par ailleurs, il a reproché à l'assureur de n'avoir jamais reconsidéré, malgré l'évolution défavorable de son état de santé depuis janvier 2015, sa décision du 16 décembre 2014, le mettant en demeure de lui verser CHF 63'967.45, somme correspondant aux indemnités journalières du 1<sup>er</sup> février 2015 au 30 juin 2016.

10. Par décision sur opposition du 27 septembre 2016, l'assureur a confirmé sa décision du 15 juin 2016.

11. Le 30 janvier 2017, l'assureur a invité l'assuré à motiver sa demande de reconsidération.
12. Le 16 février 2017, l'assuré a fait valoir que, puisque l'intervention du 2 septembre 2015 devait être considérée comme une complication de celle de juin 2014, son état de santé n'était pas stabilisé en décembre 2014, contrairement à ce que l'assureur avait retenu. Cela avait d'ailleurs été confirmé par le Dr E\_\_\_\_\_ le 19 janvier 2016.

Dès lors, la décision du 16 décembre 2014 de mettre un terme au versement des indemnités journalières au 31 janvier 2015 était donc manifestement erronée. Elle entraînait en contradiction manifeste avec ses souffrances et avec le scanner effectué en janvier 2015, lequel avait permis d'objectiver la persistance d'une symptomatologie douloureuse. Les conditions d'une reconsidération étaient donc établies.

13. Par décision du 13 mars 2017, l'assureur a constaté que la décision du 16 décembre 2014, rendue selon une procédure simplifiée, n'avait pas été contestée, de sorte qu'elle était entrée en force.

Il a considéré que cette décision n'était pas manifestement erronée car, au moment où il s'était prononcé, aucun traitement n'était en cours ou proposé, dont on aurait pu attendre une amélioration notable de l'état de santé de l'assuré.

14. Le 27 avril 2017, l'assuré s'est opposé à cette décision.

Il s'est référé au rapport rendu le 19 janvier 2016 par le Dr E\_\_\_\_\_, dont il ressort qu'il a toujours souffert de douleurs au niveau du site opératoire, en tirant la conclusion que cela établissait clairement que des complications étaient survenues à la suite de l'intervention pratiquée en juin 2014. En janvier 2015, un scanner avait montré la présence d'une pseudarthrose qui avait confirmé son état clinique. Cela démontrait que le diagnostic du Dr J\_\_\_\_\_ était manifestement inexact, justifiant ainsi la reconsidération de la décision du 16 décembre 2014, le versement des indemnités journalières du 1<sup>er</sup> février 2015 au 30 juin 2016 et la mise au bénéfice de l'assistance judiciaire.

15. Par décision du 5 mai 2017, l'assureur a rejeté l'opposition.

Il a maintenu que sa décision du 16 décembre 2014 n'était pas manifestement erronée : selon le rapport du Dr H\_\_\_\_\_ du 27 "août" 2014, l'évolution était bonne, des séances de physiothérapie étaient en cours et aucun autre traitement n'était proposé. Le 9 décembre 2014, à l'issue de l'examen personnel de l'assuré, fondé sur l'ensemble du dossier médical et radiologique, avec la dernière radiographie réalisée en août 2014 notamment, le Dr J\_\_\_\_\_ avait considéré qu'il n'y avait alors aucune indication pour une reprise chirurgicale et que, vu l'évolution de la dernière opération pour arthrodèse et l'absence de complication, l'état asséurologique du cas était suffisant pour permettre l'examen final. Seuls des bilans médicaux espacés étaient recommandés pour suivre l'évolution.

Fondée sur la situation juridique et les faits médicaux au moment où elle avait été rendue, la décision du 16 décembre 2014 n'était pas manifestement erronée. L'avis médical dont se prévalait l'assuré correspondait à des faits postérieurs à ladite décision, qui avaient conduit à la prise en charge d'une rechute, six mois plus tard, parce que l'évolution justifiait alors une nouvelle intervention.

Quant à la demande d'assistance gratuite, elle ferait l'objet d'une décision séparée.

16. Par acte du 7 juin 2017, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a interjeté recours contre cette décision, en concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation, à la reconsidération de la décision du 16 décembre 2014 et au renvoi de la cause à l'assureur pour calcul des indemnités journalières dues du 1<sup>er</sup> février 2015 au 30 juin 2016.

Le recourant relève que, dans son rapport du 15 décembre 2014, le Dr J\_\_\_\_\_ ne fait état d'aucune radiographie effectuée en août 2014. Il en tire la conclusion que le médecin d'arrondissement ne disposait d'aucune radiographie du pied permettant de penser que le cas était stabilisé et qu'il pouvait être mis fin aux soins.

Il reproche à l'intimée d'avoir décidé de clôturer le dossier alors que le seul scanner en sa possession justifiait la nécessité d'une nouvelle intervention. En procédant à la clôture du cas en l'absence de données certaines sur le plan radiologique et en mettant fin aux indemnités journalières alors que le scanner du 22 janvier 2015 objectivait une pseudarthrose provoquée par une complication de l'opération, l'intimée a, selon lui, procédé à une appréciation insoutenable du cas justifiant la reconsidération de sa décision du 16 décembre 2014.

17. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 14 août 2017, a conclu, sous suite de frais et dépens, au rejet du recours.

L'intimée fait valoir que le Dr J\_\_\_\_\_ s'est prononcé en ayant les informations médicales nécessaires et sur la base des éléments pertinents, également au regard du bilan radiologique.

Elle ajoute que, quoi qu'il en soit, le grief invoqué par le recourant n'est pas de nature à fonder un motif de reconsidération, dès lors qu'il se rapporte à l'appréciation des preuves. Le fait d'avoir reconnu une pleine valeur probante au rapport du Dr J\_\_\_\_\_ était parfaitement admissible au regard de la situation de fait déterminante. Du moins, une telle position ne peut être assimilée à une inexactitude manifeste.

Au surplus, c'est en vain que le recourant entend tirer argument des circonstances postérieures à la décision dont la reconsidération est requise, de telles circonstances devant être ignorées.

18. Le 13 septembre 2017, le recourant a répliqué.

Il fait notamment valoir que, lorsque le Dr J\_\_\_\_\_ a rendu son rapport du 15 décembre 2014, il ne disposait d'aucun autre élément qu'une simple note écrite

du Dr H\_\_\_\_\_. En outre, le Dr I\_\_\_\_\_ a délivré régulièrement des certificats d'incapacité de travail. Malgré cela, le Dr J\_\_\_\_\_ a retenu une évolution favorable de l'arthrodèse avec consolidation satisfaisante sur bilan radiologique. Or, on ne trouve aucune trace de ce bilan radiologique post-opératoire. En revanche, le 22 janvier 2015, un scanner des HUG a mis en évidence une pseudarthrose. Une telle erreur de diagnostic ne peut se justifier que par l'absence de précautions prises par le Dr J\_\_\_\_\_ au moment où il a rendu son rapport.

En outre, le 19 janvier 2016, le Dr E\_\_\_\_\_ a expliqué qu'il ne s'agissait pas d'une rechute mais d'une complication et souligné que l'assuré avait continué à souffrir au niveau du site opératoire. Le rapport du Dr J\_\_\_\_\_ était donc manifestement incomplet et totalement inexact.

Le recourant a ajouté que, si, par impossible, la Cour de céans devait juger que les conditions de la reconsidération n'étaient pas réalisées, la décision de l'intimée de ne payer les indemnités journalières sur la base d'une rechute qu'à partir de juillet 2015 ne résistait pas à l'examen, puisque c'était depuis janvier 2015 qu'il souffrait d'une pseudarthrose entraînant une incapacité de travail totale.

19. Par écriture du 6 octobre 2017, l'intimée a dupliqué.

Elle relève que le recourant, s'il qualifie l'appréciation du Dr J\_\_\_\_\_ du 15 décembre 2014 de lacunaire et incomplète, ne se prévaut d'aucun élément établissant le caractère manifestement erroné de sa décision.

Selon elle, l'instruction postérieure à la décision du 16 décembre 2014 ne peut pas non plus justifier une demande de reconsidération.

Enfin, le recourant ne peut remettre en cause la décision lui reconnaissant le droit à des indemnités journalières dès juillet 2015 puisque la décision litigieuse ne porte pas sur cette question.

20. Après avoir adressé une copie de cette écriture au recourant, la Cour de céans a gardé la cause à juger.

### **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. Le 1<sup>er</sup> janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit de la recourante 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.
3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 38 et 56 à 61 LPGA).
4. Le litige porte sur la question de savoir si c'est à bon droit que l'intimée a refusé de reconsidérer sa décision informelle du 16 décembre 2014.
5. a. Selon l'art. 49 al. 1 LPGA, l'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord.

Aux termes de l'art. 51 LPGA, les prestations, créances et injonctions qui ne sont pas visées à l'art. 49, al. 1, peuvent être traitées selon une procédure simplifiée (al. 1). L'intéressé peut exiger qu'une décision soit rendue (al. 2).

b. La suspension du traitement médical et de l'indemnité journalière dans le cadre d'une liquidation du cas doit être décidée formellement. L'importance d'une suppression de prestations temporaires (indemnité journalière, traitement médical) ne se mesure pas à la durée du versement de ces prestations, car ce qui est important ne réside pas dans la fin de la période d'indemnisation - qu'elle ait été longue ou courte -, mais dans la liquidation du cas ex nunc et pro futuro puisque les personnes assurées ne peuvent plus compter sur aucune prestation. C'est pourquoi, en cas de suspension du traitement médical et de l'indemnité journalière, l'assureur doit liquider le cas en rendant une décision formelle et ne peut pas le faire selon une procédure informelle (ATF 132 V 412 consid. 4).

c. Celui qui entend contester le refus (total ou partiel) de prestations communiqué à tort par l'assurance-accidents selon une procédure simplifiée, sans décision formelle, doit en principe le déclarer dans un délai d'une année. L'assureur doit alors rendre une décision formelle, contre laquelle la procédure d'opposition est ouverte. A défaut de réaction dans le délai utile, le refus entre en force comme si la procédure simplifiée prévue par l'art. 51 al. 1 LPGA avait été appliquée à juste titre (ATF 134 V 145 consid. 5).

d. En l'occurrence, le recourant n'a réagi qu'en août 2016, soit près de deux ans après avoir pris connaissance de la volonté de l'intimée de mettre fin au versement des prestations, exprimée dans son courrier du 16 décembre 2014. Par conséquent, la position de l'intimée du 16 décembre 2014 a acquis la force de chose décidée, ce que le recourant ne conteste pas au demeurant.

6. a. En vertu de l'art. 53 al. 2 LPGA, 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. Cette réglementation l'emporte sur celle de la révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

b. Ni l'assuré, ni le juge ne peuvent, de jurisprudence constante, exiger que l'assureur reconsidère sa décision (ATF 117 V 8 consid. 2a et les références). Un droit à la reconsidération d'une décision, susceptible d'être déduit en justice par l'assuré, n'existe donc pas. Cependant, lorsque l'assureur entre en matière sur une demande de reconsidération et examine si les conditions en sont réalisées, le refus d'entrer en matière est susceptible d'être attaqué par la voie d'un recours ; le contrôle juridictionnel dans la procédure de recours subséquente se limite alors au point de savoir si les conditions d'une reconsidération (inexactitude manifeste de la décision initiale et importance notable de la rectification) sont réunies (ATF 119 V 475 consid. 1b/cc ; ATF 117 V 8 consid. 2a ; ATF 116 V 62 consid. 3a ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_609/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.1 et 2.2). A contrario, quand l'assureur n'entre pas en matière sur une demande de reconsidération, le recours interjeté contre cette décision de refus n'est pas recevable (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_866/2009 du 27 avril 2010 consid. 2).

c. Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 8 consid. 2c ; ATF 115 V 308 consid. 4a/cc). Une décision est sans nul doute erronée non seulement si elle a été rendue sur la base de normes fausses ou non pertinentes, mais encore lorsque les dispositions pertinentes n'ont pas été appliquées ou qu'elles l'ont été de manière erronée (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_187/2007 du 30 avril 2008 consid. 4.3). Tel est notamment le cas lorsque l'administration a accordé une rente d'invalidité au mépris du principe de la priorité de la réadaptation sur la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 5.2). 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. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Le caractère inexact de l'appréciation doit bien plutôt résulter de l'ignorance ou de l'absence - à l'époque - de preuves de faits essentiels (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_76/2010 du 24 août 2011 consid. 4.2). Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_71/2008 du 14 mars 2008 consid. 2 ; arrêt du Tribunal fédéral des

assurances U 5/07 du 9 janvier 2008 consid. 5.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_575/2007 du 18 octobre 2007 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 907/06 du 7 mai 2007 consid. 3.2.1).

Une nouvelle appréciation des faits après un examen plus complet et approfondi de la situation médicale effectuée dans le cadre d'une révision ne permet pas une reconsidération, car même s'il apparaît ultérieurement que l'instruction ou l'appréciation médicale faite à l'époque peut sembler aujourd'hui critiquable, cela ne rend pas pour autant la décision prise sur cette base comme étant manifestement insoutenable au regard de la situation de fait et de droit de l'époque (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_709/2012 du 27 novembre 2012).

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 les faits et la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 141 V 405 consid. 5.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_265/2016 du 16 août 2016 consid. 2).

7. 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. 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 (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).

8. 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).
9. a. En l'occurrence, le recourant fait valoir que la décision informelle du 16 décembre 2014, entrée en force, est manifestement erronée, ce que conteste l'intimée.

b. Par courrier du 16 décembre 2014, l'intimée a mis fin au versement des prestations au 31 janvier 2015, en se fondant sur les conclusions du Dr J\_\_\_\_\_.

Celui-ci, dans un rapport du 15 décembre 2014, a retenu que l'évolution de l'arthrodèse sous-talienne du 16 juin 2014 était tout à fait favorable. Subjectivement, le recourant évoquait des douleurs et des limitations fonctionnelles modérées. Objectivement, il y avait une diminution de la mobilité de la cheville droite. Il n'y avait aucune indication pour une reprise chirurgicale à l'heure actuelle. Le Dr J\_\_\_\_\_ a estimé, au vu de l'évolution de la dernière opération pour arthrodèse sous-talienne droite et de l'absence de complications, pouvoir procéder à l'examen final. La reprise de l'ancienne activité d'aide-monteur électricien n'était pas exigible. En revanche, dans une activité adaptée, la capacité de travail du recourant était entière. S'agissant des suites médicales à long terme, il proposait d'accepter trois bilans en 2015, puis un par année selon l'évolution. Le dossier pouvait être clôturé.

La Cour de céans constate que ce rapport satisfait aux conditions dégagées par le Tribunal fédéral pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Il se fonde en effet sur l'étude du dossier médical du recourant, prend en compte les plaintes de ce dernier et repose sur un examen et des observations cliniques. Ses conclusions sont claires et motivées.

La Cour de céans relève en outre qu'à l'époque où ce rapport a été rendu, les conclusions du Dr J\_\_\_\_\_ n'étaient contredites par aucun autre élément au dossier. Au contraire, le Dr H\_\_\_\_\_, médecin ayant procédé à l'intervention chirurgicale le 16 juin 2014, avait, dans son rapport du 27 octobre 2014, expliqué que le recourant suivait des séances de physiothérapie et que l'évolution était bonne. Ce médecin n'avait alors fait état d'aucune complication et n'avait proposé ni traitement particulier, ni investigations.

Le recourant reproche au Dr J\_\_\_\_\_ d'avoir apprécié son état de santé sans disposer d'une radiographie de son pied et d'avoir conclu à tort que son état de santé était stabilisé.

À la lecture des pièces versées à la procédure, force est en effet de constater que, postérieurement à l'intervention chirurgicale effectuée le 16 juin 2014, aucun bilan radiographique n'a été versé au dossier, excepté celui de janvier 2015. Cela étant, contrairement à ce qu'avance le recourant, le Dr J\_\_\_\_\_ a signalé dans son rapport que les documents radiologiques, et notamment une dernière radiographie effectuée en août 2014, étaient disponibles dans le dossier PACS de l'intimée (p. 3 rapport du 15 décembre 2014). En outre, il apparaît que le Dr J\_\_\_\_\_ s'est fondé sur cette dernière radiographie pour retenir que l'évolution de l'arthrodèse était tout à fait favorable, puisqu'il a expliqué que la consolidation semblait satisfaisante sur le bilan radiographique le plus récent (p. 4 rapport précité). À cet égard, on ajoutera que, dans la mesure où le docteur H\_\_\_\_\_ n'a fait état d'aucune problématique concernant l'évolution de l'arthrodèse (cf. son rapport du 27 octobre 2014), force est d'admettre que le bilan radiographique effectué en août 2014 était effectivement satisfaisant, comme l'a retenu le Dr J\_\_\_\_\_.

Par conséquent, les conclusions du Dr J\_\_\_\_\_ apparaissent convaincantes à l'époque et n'étaient contredites par aucun autre élément au dossier.

Le recourant fait également valoir que la décision du 16 décembre 2014 est manifestement erronée puisque le scanner effectué le 22 janvier 2015 a révélé une non-consolidation de l'arthrodèse au niveau de la sous-talienne et la nécessité d'une nouvelle intervention chirurgicale.

Le Dr E\_\_\_\_\_ a certes expliqué que l'arthrodèse de juin 2014 s'était compliquée d'une pseudarthrose, confirmée par le scanner en question. Ce faisant, il a porté une appréciation différente sur la situation en se référant à des investigations effectuées en janvier 2015, soit postérieurement au courrier de l'intimée du 16 décembre 2014. Or, on rappellera qu'il convient d'examiner la situation (de fait et de droit) telle qu'elle se présentait au moment où l'intimée a rendu sa décision informelle, soit le

16 décembre 2014. Un nouvel examen sur la base d'une appréciation différente ne suffit pas pour faire apparaître comme manifestement erronée la décision initiale. Le caractère inexact d'une appréciation doit résulter de l'ignorance ou de l'absence - à l'époque - de preuves de faits essentiels. Or, tel n'était pas le cas en l'espèce. Rien ne permet de retenir que l'intimée a statué sur la base d'un dossier manifestement insuffisant ou lacunaire ou qu'elle aurait fait un usage manifestement erroné de son pouvoir d'appréciation. Il n'y avait en effet aucun élément médical divergent au dossier au moment où elle a rendu la décision informelle contestée.

Compte tenu de ce qui précède, la décision de l'intimée du 16 décembre 2014 ne saurait être qualifiée de manifestement erronée, de sorte qu'il n'y a pas de place pour une reconsidération.

10. Enfin, dans son écriture du 13 septembre 2017, le recourant conteste la date à laquelle l'intimée a fixé sa rechute (juillet 2015).

On relèvera que, dans la mesure où la décision contre laquelle le recourant a interjeté recours porte exclusivement sur la reconsidération de la décision du 16 décembre 2014, la Cour de céans ne saurait se pencher ici sur l'examen de ce grief (cf. ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; ATF 125 V 414 consid. 1a ; ATF 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées).

11. Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté.

L'intimée conclut à l'octroi de dépens.

De jurisprudence constante, les assureurs sociaux qui obtiennent gain de cause devant une juridiction de première instance n'ont droit à une indemnité de dépens dans aucune des branches de l'assurance sociale fédérale, sauf en cas de recours téméraire ou interjeté à la légère par l'assuré ou lorsque, en raison de la complexité du litige, on ne saurait attendre d'une caisse qu'elle se passe des services d'un avocat indépendant (ATF 126 V 143 consid. 4b).

Les conditions justifiant une dérogation à la règle n'étant pas réalisées dans le cas d'espèce, l'intimée ne peut se voir allouer une telle indemnité.

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. Le 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 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 SÉCHAUD

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