

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2806/2016

ATAS/240/2017

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 23 mars 2017

5^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à CHÂTELAINÉ, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Guillaume FAUCONNET

recourant

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS
D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse, LUZERN, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Didier ELSIG

intimée

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et Monique
STOLLER FÜLLEMANN, Juges assessesurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____, né le _____ 1978, était employé chez B_____ SA en tant que nettoyeur en bâtiment. A ce titre, il était assuré auprès de la Caisse nationale suisse en cas d'accidents (ci-après : SUVA).
2. Le 24 novembre 2015, il a chuté dans les escaliers en descendant et s'est réceptionné sur son genou gauche, tandis ce que la partie arrière de son pied droit (talon d'Achille) a percuté une barre en métal, selon la déclaration d'accident du 27 novembre 2015 de son employeur. Cet accident a provoqué une incapacité totale de travailler et a été pris en charge par la SUVA.
3. Les premiers soins ont été prodigués par la Clinique de Carouge, laquelle a posé le diagnostic de contusion du genou gauche et du tendon d'Achille droit, dans son rapport du 9 mars 2016.
4. Le 2 décembre 2015, une échographie du tendon d'Achille droit a été effectuée. Selon le rapport y relatif, l'examen met en évidence une fine fissuration intra-tendineuse longitudinale siégeant en distalité du tendon d'Achille au sein des fibres antérieures. Il n'y a pas d'hyperhémie intra-tendineuse ni péri-tendineuse, mais une discrète tendinopathie corporéale fusiforme.
5. Selon le rapport du 4 février 2016 du docteur C_____, spécialiste en chirurgie du pied et de la cheville, l'assuré souffre d'une tendinopathie aiguë du talon d'Achille avec des douleurs importantes. Le pronostic est réservé.
6. Le 29 février 2016, le Dr C_____ a confirmé son diagnostic. Le pronostic était moyen. L'assuré continuait la physiothérapie. Il fallait s'attendre à la persistance d'un problème sous la forme d'une tendinopathie chronique.
7. Dans son rapport reçu le 15 avril 2016, le Dr C_____ a confirmé son précédent rapport et précisé qu'il fallait s'attendre à la persistance d'un problème sous forme de douleurs.
8. Le 1^{er} juin 2016, l'assuré a été examiné par le médecin d'arrondissement de la SUVA, le docteur D_____, spécialiste en chirurgie orthopédique. Selon son rapport du 3 suivant, l'assuré n'a pas présenté d'antécédent de tendinite au niveau des traumatismes reçus. Il n'a pas repris son activité professionnelle à ce jour et a été licencié par son employeur fin novembre 2015 avec un délai de trois mois. Il se plaint toujours de douleurs au niveau de la jonction entre le mollet et le tendon d'Achille lorsqu'il court ou porte une charge. La marche sur le terrain plat se fait sans difficulté pendant plus d'une heure. A raison d'une séance toutes les deux semaines, il poursuit les séances de rééducation. Le Dr C_____ a proposé la poursuite de celles-ci. Il n'y avait pas de traitement médicamenteux et l'assuré ne portait pas de talonnette de façon habituelle. Au moment de l'accident, il exerçait l'activité de nettoyage de chantier et travaillait également comme réceptionniste dans un hôtel. Le Dr D_____ a émis le diagnostic de tendinopathie traumatique du tendon d'Achille droit. L'évolution était satisfaisante avec une reprise complète de

la marche, même si quelques douleurs subsistaient lors de la montée des escaliers ou dans les mouvements d'étirement maximal du tendon achilien. Le port d'une talonnette était conseillé. La capacité de travail était complète dès le 13 juin prochain dans l'activité professionnelle habituelle. Toutefois, l'assuré avait déclaré qu'il avait trop mal pour envisager une reprise. Enfin, selon le médecin d'arrondissement, six mois après la survenue de ce traumatisme et en l'absence de lésion anatomique structurelle persistante, on pouvait considérer que l'évènement avait cessé ses effets délétères

9. L'échographie réalisée le 2 juin 2016, a mis en évidence une fissuration longitudinale du versant profond du tendon achilien s'étendant sur 13 mm de hauteur, mesurant deux fois 2 mm de diamètre dans le plan axial et étant située à 3,5 cm de l'insertion distale du tendon achilien. Le reste de l'examen était sans particularité.
10. Dans son rapport du 30 juin 2016, le Dr C_____ a indiqué que le pronostic était mauvais et que l'assuré était maintenant suivi par le docteur E_____.
11. Par décision du 7 juillet 2016, la SUVA a mis fin à ses prestations dès le 1^{er} juillet 2016, considérant l'assuré capable de travailler à 100%.
12. Par courrier du 15 juillet 2016, l'assuré a contesté la décision de la SUVA au motif que l'échographie prouvait que son tendon d'Achille présentait une tendinopathie aiguë aggravée. En raison des douleurs aiguës, il était impossible de reprendre toute forme d'activité professionnelle, surtout dans sa profession de nettoyeur en bâtiment.
13. Dans son rapport du 11 août 2016, le Dr D_____ a constaté que la dernière échographie mettait en évidence une fissuration longitudinale sans interruption transversale au niveau des fibres du tendon d'Achille en faveur d'une rupture grave nécessitant une immobilisation et une intervention chirurgicale. L'absence de signe d'hyperhémie au Doppler confirmait l'absence de caractère inflammatoire localement. Il y avait dès lors un aspect cicatriciel normal, survenant dans les suites d'une rupture partielle six mois auparavant. Se référant aux conclusions de la Clinique Mayo, il a relevé que le sixième mois correspondait au temps habituel de réparation tendineuse après lésion complète du tendon d'Achille. Or, en l'occurrence, l'assuré n'avait pas présenté une rupture des fibres tendineuses, mais seulement une tendinopathie aiguë du tendon d'Achille avec un aspect de contusion. La fine fissuration intra-tendineuse distale mise en évidence sur l'échographie du 2 décembre 2015 témoignait donc d'un processus de cicatrisation à la lumière de l'examen clinique et de l'examen échographique réalisé le 2 juin 2016. Partant, il n'y avait pas lieu de modifier les conclusions.
14. Par décision du 17 août 2016, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré, sur la base de la nouvelle appréciation du Dr D_____.
15. Par acte du 25 août 2016, l'assuré a formé recours contre cette décision, en concluant à son annulation et au paiement des indemnités journalières à compter du

1^{er} juillet 2016. Il a répété que l'échographie du 2 juin 2016 prouvait qu'il souffrait d'une tendinopathie aiguë aggravée, l'empêchant de reprendre son activité professionnelle. Par ailleurs, le Dr C_____ avait constaté le 6 mai 2016 qu'il présentait une tendinopathie suite aux séances de physiothérapie infructueuses.

16. A l'appui de ses dires, le recourant a produit l'attestation du 25 août 2016 du Dr C_____, certifiant que son patient présentait depuis son accident une tendinopathie non-insertionnelle, traitée par physiothérapie. Après une amélioration progressive, il a souffert de nouvelles douleurs très importantes au niveau du tendon d'Achille en mai 2016 suite à des séances de physiothérapie. Il y avait certes une composante chronique à cette pathologie, mais une rechute évidente en mai 2016.
17. Dans sa réponse du 24 octobre 2016, l'intimée a conclu au rejet du recours, en se fondant sur les appréciations médicales de son médecin d'arrondissement. L'intimée a également exposé que la douleur était une notion subjective qui ne pouvait avoir une incidence sur l'appréciation objective du cas, d'autant moins que les antidouleurs pouvaient soulager une partie des douleurs alléguées. La prise d'antalgiques pour pouvoir exercer une activité adaptée au handicap faisait en outre partie de l'obligation de l'assuré de limiter le préjudice subi. En tout état de cause, le médecin d'arrondissement n'avait confirmé la présence que de quelques douleurs survenues lors de la montée des escaliers et dans les mouvements d'étirement maximal des tendons achiliens. L'argument du recourant selon lequel ses douleurs ne lui permettraient pas d'exercer une activité professionnelle perdait ainsi notablement de sa substance.
18. Par courrier du 12 décembre 2016, le recourant a requis une prolongation du délai pour sa réplique au motif qu'il devait consulter le Dr E_____, dont le rapport médical sera nécessaire pour la présente cause.
19. Dans sa réplique du 16 janvier 2017, le recourant a conclu au versement des indemnités journalières dès le 1^{er} juillet 2016 jusqu'au 31 janvier 2017, sous suite de dépens. Il a produit les certificats d'incapacité de travail totale du Dr C_____ jusqu'au 31 janvier 2017, ainsi qu'une attestation certifiant qu'il était apte à reprendre son travail à 100% à partir du 1^{er} février suivant. Le recourant s'est prévalu de ce qu'une rechute avait eu lieu au mois de mai 2016, de sorte qu'une incapacité de travail supérieure à six mois était justifiée, contrairement aux dires du Dr D_____. Cela était confirmé par le Dr C_____, lequel avait indiqué au demeurant dans son rapport de juin 2016 que le pronostic était mauvais. L'aggravation ressortait également de l'échographie du 2 juin 2016. En effet, le 2 juin 2016, la fissuration longitudinale était située à 3,5 centimètres de son insertion calcanéenne, alors qu'en décembre 2015, l'échographie montrait une fissuration à 1,6 centimètre du calcanéum. Par ailleurs, le médecin d'arrondissement avait retenu à tort l'absence de lésion anatomique structurelle persistante, alors même que l'échographie du 2 juin 2016 montrait précisément une fissuration longitudinale.

20. Dans sa duplique du 6 février 2017, l'intimée a persisté dans ses conclusions, attribuant une pleine valeur probante aux rapports du Dr D_____. Le recourant n'avait au demeurant pas mis en évidence des éléments concrets qui auraient été ignorés par ce dernier.
21. Sur ce, la cause a été gardée 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) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, 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. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 S LPGA).
3. Est litigieux en l'espèce le droit aux indemnités journalières du recourant entre le 1^{er} juillet 2016 et le 31 janvier 2017.
4. a. Conformément à l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à cette indemnité naît le troisième jour qui suit l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2).
b. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées 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; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

5. 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).

d. 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).

e. La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3).

6. En l'occurrence, le recourant a fait l'objet d'un examen par le Dr D_____ en date du 1^{er} juin 2016. Celui-ci constate alors que l'évolution est satisfaisante avec une reprise complète de la marche, étant précisé que le recourant effectue la marche sur la pointe des pieds et sur les talons sans difficulté. Le médecin d'arrondissement admet toutefois quelques douleurs survenant lors de la montée des escaliers ou dans les mouvements d'étirement maximal du tendon achillien, pour lesquelles le port d'une talonnette pourrait apporter une amélioration. Au niveau de la palpation du tendon d'Achille, il y a par ailleurs une discrète augmentation volumique un peu douloureuse, pouvant correspondre à une zone cicatricielle en regard de la zone lésionnelle. Il y a aussi une douleur modérée à la palpation de la jonction tendino-musculaire. Le Dr D_____ conclut que, six mois après la survenue du traumatisme et en l'absence de lésion anatomique structurelle persistante, l'évènement a cessé ses effets délétères.

Dans son appréciation médicale du 10 août 2016, le Dr D_____ se prononce sur les arguments invoqués par le recourant dans son opposition à la décision du 7 juillet 2016, notamment les conclusions de l'échographie du 2 juin 2016. Il constate que cet examen ne met pas en évidence une interruption transversale au niveau des fibres du tendon d'Achille en faveur d'une rupture grave nécessitant une immobilisation et une intervention chirurgicale. Il n'y a pas non plus de signe d'hyperhémie au Doppler, ce qui confirme l'absence de caractère inflammatoire localement. Partant, la fissuration longitudinale sur l'échographie représente un aspect cicatriciel normal, survenant dans les suites d'une rupture partielle six mois auparavant. Par ailleurs, le temps habituel pour la réparation tendineuse après une lésion complète du tendon d'Achille est de seulement six mois. En l'occurrence, il n'y a pas eu de rupture complète, mais uniquement une tendinopathie aiguë des tendons d'Achille avec un aspect de contusion, sans rupture de fibres tendineuses. La fissuration sur l'échographie du 2 juin 2016 témoigne donc d'un processus de cicatrisation.

Le rapport du 3 juin 2016 du Dr D_____ remplit en principe tous les réquisits jurisprudentiels pour lui reconnaître une pleine valeur probante. En effet, il a été

rendu en pleine connaissance du dossier médical, prend en considération les plaintes du recourant et repose sur un examen clinique complet. Ses conclusions, complétées par son rapport du 11 août 2016, sont étayées et convaincantes.

Les constatations du Dr D_____ ne sont mises en cause par aucune appréciation médicale divergente, si ce n'est que les certificats d'incapacité de travail du Dr C_____ jusqu'au 31 janvier 2017. Néanmoins, ceux-ci ne sont pas motivés. Certes, le Dr C_____ constate une rechute des douleurs en mai 2016 suite aux séances de physiothérapie. Cependant, lors de l'examen clinique en date du 1^{er} juin suivant, le Dr D_____ constate une mobilité normale de la cheville droite et seulement quelques douleurs modérées. Il est relevé à cet égard que le recourant ne prend aucun traitement antalgique, ce qui ne rend pas crédible l'importance des douleurs alléguées qui l'empêcheraient de reprendre le travail à partir de juillet 2016. Au demeurant, suite à la consultation du Dr E_____ par le recourant, comme annoncé par son avocat dans son courrier du 12 décembre 2016, il n'a pas produit un rapport de ce médecin à l'appui de ses allégués, ce qu'il n'aurait certainement pas manqué de faire si ce rapport lui avait été favorable.

Contrairement à ce qu'allègue le recourant, l'échographie du 2 juin 2016 ne met pas en évidence une tendinopathie aiguë. Uniquement une fissuration y est mentionnée, laquelle correspond à un aspect cicatriciel normal après une rupture partielle du tendon d'Achille, selon le Dr D_____. Or, la présence d'une tendinopathie aurait certainement été mentionnée dans le rapport relatif à ce dernier examen, comme dans celui relatif à l'échographie du 2 décembre 2015, lequel décrit précisément une discrète tendinopathie corporéale fusiforme. Quant au fait que la fissuration se situe à environ 1,6 centimètre du calcaneum sur l'échographie du 2 décembre 2015 et à 3,5 centimètres dans l'échographie du 2 juin 2016, il ne constitue pas un indice pour une aggravation, s'agissant uniquement de la distance entre la fissuration et l'insertion, mais non pas de la longueur de la fissuration.

Au vu de ce qui précède, il y a lieu de suivre les conclusions des appréciations médicales du Dr D_____, lesquelles sont convaincantes et ne sont contredites par un autre spécialiste en la matière. Partant, c'est à raison que l'intimée a supprimé le droit aux indemnités journalières à partir de juillet 2016.

7. Par conséquent, le recours sera rejeté.
8. La procédure est gratuite.

**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

Diana ZIERI

Maya CRAMER

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