



POUVOIR JUDICIAIRE

A/3096/2019

ATAS/1039/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 3 novembre 2020

9^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée _____, à MEYRIN, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître Raphaëlle
BAYARD

recourante

contre

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

intimée

**Siégeant : Eleanor McGREGOR, Présidente; Anny FAVRE et Christine TARRIT-
DESHUSSES, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1969, au chômage à l'époque litigieuse, était assurée auprès de la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA) pour les accidents professionnels et non professionnels.
2. Le 6 février 2017, l'assurée s'est déchirée le muscle gastrocnémien (mollet) lors d'une séance de sport à son domicile (cf. déclaration de sinistre LAA pour les chômeurs du 15 février 2017). L'intéressée a été mise en incapacité de travail totale et la CNA a pris l'événement en charge (traitement conservateur). Dans la déclaration de sinistre LAA pour les chômeurs, signée le 15 février 2017, il était notamment indiqué que la dernière activité exercée par l'assurée avant le chômage était celle de taxatrice fiscale.
3. Dans un rapport médical du 4 avril 2017, le docteur B_____, médecin du sport, a posé le diagnostic de rupture du tendon d'Achille droit. Le pronostic était réservé compte tenu du début du traitement après trois semaines. Il a prescrit des séances de physiothérapie.
4. Le 30 mai 2017, l'assurée a subi une intervention chirurgicale aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG), au cours de laquelle le docteur C_____, médecin adjoint au service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG, a effectué une plastie en V-Y et allongement du tendon d'Achille, ainsi qu'un débridement de la rupture et une suture du tendon d'Achille avec insertion dans la calcanéum (compte-rendu opératoire du 14 juin 2017).
5. Dans un rapport médical du 20 juillet 2017, le docteur D_____, chef de clinique du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG, a indiqué que l'évolution était favorable. La durée prévisible du traitement était de six mois et l'incapacité de travail totale était prolongée jusqu'au 6 juin 2018.
6. Le 17 août 2017, l'assurée a été reçue dans les bureaux de la CNA. Lors de l'entretien, elle a indiqué que son dernier poste de travail avant le chômage était « une activité de bureau, assise derrière un ordinateur, utilisation du fax, tél., copieur, scanner » (cf. compte-rendu de l'entretien du 17 août 2017).
7. Par décision du 2 novembre 2017, la CNA a estimé, suivant l'avis de son médecin d'arrondissement, le docteur E_____, que l'incapacité de travail de 100 % de l'assurée n'était plus justifiée et a considéré qu'elle était capable de travailler à 100 % dès le 9 novembre 2017.
8. Le 10 novembre 2017, l'assurée a contesté cette décision, indiquant être dans l'incapacité de reprendre une activité professionnelle.
9. Dans un rapport de consultation du 15 novembre 2017, le Dr C_____ a précisé que l'assurée se plaignait encore de douleurs importantes au niveau du tendon d'Achille, avec une évolution lentement favorable. Cliniquement, il y avait une

bonne continuité du tendon et une propulsion qui était encore difficile à obtenir. Dans ce contexte, une reprise du travail était pour l'instant impossible et il recommandait un arrêt de travail de 100 % jusqu'au prochain contrôle dans six semaines.

10. Le 14 décembre 2017, la CNA a annulé sa décision du 10 novembre 2017 et informé l'assurée de qu'elle serait remise au bénéfice des prestations d'assurances légales.
11. L'incapacité de travail de l'assurée a été prolongée jusqu'au 6 juin 2018.
12. Le 9 avril 2018, le docteur F_____, médecin d'arrondissement de la CNA et spécialiste en chirurgie orthopédique, a examiné l'assurée. Il a relevé que l'intéressée, qui était en surpoids notable, présentait des éléments médicaux polyopathologiques. Il a constaté une cicatrice calme, disgracieuse, non adhérente sur le plan profond avec une bonne mobilité de cheville et une palpation le long du talon d'Achille ne montrant pas de nodule hyper douloureux. Vu sa localisation, la cicatrice pouvait discrètement gêner le chaussage, qui restait à adapter. Sur le plan subjectif, l'assurée décrivait de nombreuses limitations dans la vie quotidienne à son action. L'examen clinique objectif permettait cependant de constater qu'elle se déplaçait en bus, en voiture, qu'elle était autonome dans la marche sans béquilles et qu'elle n'occupait pas un travail de force ou nécessitant des positions statiques prolongées en appui, préalablement à l'événement initial. Dans la mesure où l'assurée occupait un travail statique de bureau, qu'elle n'avait pas à se déplacer ou chercher des archives lourdes, elle pouvait reprendre une activité à temps plein sans limitation.
13. Par décision du 12 avril 2018, se fondant sur le rapport de son médecin d'arrondissement, la CNA a informé l'assurée que l'indemnité journalière prendrait fin le 15 avril 2018 au soir.
14. L'assurée a fait opposition à cette décision les 20 et 27 avril 2018.
15. Dans un rapport de consultation du 13 juin 2018, le Dr C_____ a relevé que les suites postopératoires étaient marquées par d'importantes adhérences au niveau du tendon d'Achille, associées à des douleurs invalidantes, raison pour laquelle la patiente était restée en incapacité de travail totale. Dans ce contexte, il était difficile à la patiente de maintenir une activité de plus de quatre heures sans douleurs. Au vu des importantes adhérences et de la cicatrice hypertrophique au niveau du site chirurgical, la patiente était également suivie par ses collègues de chirurgie plastique afin d'améliorer la situation. La question d'une révision de la cicatrice et d'une libération des adhérences pouvait se poser si la situation venait à perdurer. Il proposait une reprise à 50 % jusqu'au prochain contrôle, dans les trois mois.
16. Les 6 janvier 2018, 4 mai 2018, 22 juin 2018 et 5 mars 2019, le docteur G_____, médecin chef de clinique, a prescrit des séances de physiothérapie. Les traitements comprenaient à chaque fois neuf séances à effectuer deux à trois fois par semaine.

17. Le 21 septembre 2018, suivant l'avis de son médecin d'arrondissement, la CNA a informé l'assurée que l'incapacité de travail de 50 % n'était plus justifiée médicalement pour les seules suites de l'accident du 6 février 2017. Elle considérait que l'assurée était capable de travailler à 100 % dès le 1^{er} octobre 2018. À compter de cette date, l'indemnité journalière prendrait fin.
18. Dans un rapport de consultation du 27 septembre 2018, le Dr C_____ a relevé que l'assurée était très gênée par des adhérences entre la cicatrice chirurgicale et le tendon qui étaient douloureux et à la limite fonctionnellement. À l'examen clinique, le tendon d'Achille semblait compétent, mais légèrement douloureux sur sa partie distale. Il a confirmé la présence d'adhérences avec une mobilité de la peau lors de la mobilisation du tendon d'Achille. Au vu de la situation, il proposait une révision chirurgicale de la cicatrice opératoire afin de libérer les adhérences. Il a précisé qu'une chirurgie avait été fixée en novembre. En attendant l'intervention, l'assurée devait rester en incapacité de travail à 50 %.
19. Le 2 octobre 2018, la CNA a annulé son courrier du 21 septembre 2018 et informé l'assurée de qu'elle reprenait le versement des prestations et maintenait la reprise à 50 % jusqu'à la date de l'intervention.
20. Le 19 novembre 2018, l'assurée a subi une adhésiolyse endoscopique du tendon d'Achille droit. Pour l'intervention, le Dr C_____ était assisté des docteurs H_____ et I_____, médecins internes aux HUG. Dans les consignes post-opératoires, le Dr C_____ a recommandé une « physio dès que possible pour mobilisation de la cicatrice intensive » (cf. compte-rendu opératoire du 23 novembre 2018).
21. À la suite de l'opération, l'assurée a été mise en incapacité de travail à 100 % jusqu'au 31 décembre 2018 (certificats médicaux du Dr C_____ des 20 novembre 2018 et 5 décembre 2018 et du Dr I_____ du 21 décembre 2018), à 50 % du 1^{er} janvier au 31 janvier 2019 (certificat médical du Dr I_____ du 21 décembre 2018), à 100 % du 1^{er} février au 28 février 2019 (cf. certificat médical du Dr C_____ du 11 février 2019), à 50 % du 1^{er} mars au 31 mars 2019 (cf. certificat médical du Dr I_____ du 27 février 2019 et rapport médical de la docteure J_____, médecin interne aux HUG du 27 février 2019), à 100 % du 1^{er} avril au 14 juin 2019 (cf. certificats médicaux du Dr C_____ des 27 mars 2019, 5 mai 2019 et 13 juin 2019), puis à 50 % du 15 juin au 15 juillet 2019 (certificat médical du Dr C_____ du 19 juin 2019).
22. Dans une note de suite simple du 27 février 2019, le Dr I_____ a indiqué avoir procédé à un examen clinique de l'assurée. D'après le médecin, la cicatrice était calme, il n'y avait pas de rougeurs, pas de chaleur, pas d'adhérences. Le mollet était compétent. La situation n'était pas encore stabilisée et une reprise du 50 % était envisageable.
23. Le 28 mars 2019, le Dr F_____ a à nouveau examiné l'assurée. Dans son appréciation médicale du 2 avril 2019, il a relaté les déclarations de l'assurée selon

lesquelles elle avait des douleurs toujours persistantes. Au niveau de la marche, elle ressentait des difficultés au-delà de dix minutes, voire des douleurs qui apparaissaient. Dans ses constatations, le médecin a relevé que la chirurgie de novembre avait manifestement amélioré quelques éléments douloureux dans les limitations fonctionnelles extrêmes. L'examen de l'assurée était tout à fait satisfaisant dans la mobilité et l'utilisation de la cheville. L'état de libération des adhérences était satisfaisant, malgré le fait qu'aucune rééducation n'avait été entreprise. L'état était stabilisé et l'exigibilité était identique à celle de l'examen du 9 avril 2018. L'intéressée pouvait reprendre une activité à plein temps, sans limitation et sans perte de rendement, à condition d'occuper un travail statique de bureau, sans piétinements, ni déplacement de plus de 1'000 mètres, ni port de charges lourdes.

24. Par décision du 3 avril 2019, se fondant sur le rapport de son médecin d'arrondissement, la CNA a informé l'assurée que l'indemnité journalière prendrait fin le 4 avril 2019 au soir.
25. Le 5 avril 2019, l'assurée a formé opposition à cette décision, au motif que son chirurgien estimait qu'elle ne pouvait pas recommencer une activité professionnelle car son rétablissement allait être long et compliqué.
26. Par décision du 26 juin 2019, la CNA a rejeté l'opposition de l'assurée. Les certificats d'incapacité de travail totale à partir du 1^{er} avril 2019, en l'absence d'argumentation médicale pertinente, ne sauraient remettre en cause l'appréciation du médecin d'arrondissement.
27. Par acte du 28 août 2019, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : CJCAS) à l'encontre de la décision précitée, concluant à son annulation, sous suite de frais et dépens, et à ce qu'il soit constaté que son état de santé ne s'était pas stabilisé. Elle a sollicité son audition, ainsi que celle du Dr C_____. Subsidiairement, elle a conclu au renvoi du dossier à la CNA. En substance, elle a relevé que les conclusions du Dr F_____ n'étaient pas en adéquation avec l'état de santé réel de l'assurée et c'était à tort que la CNA avait retenu une pleine capacité de travail à partir du 5 avril 2019.

Elle a produit un rapport de consultation du Dr C_____ du 5 juillet 2019, dans lequel le médecin a constaté une amélioration de la situation avec une persistance des douleurs invalidantes, mais une diminution de celle-ci et une progression de la fonction musculaire. La physiothérapie semblait apporter une nette amélioration. Dans ce contexte, il était possible d'augmenter la charge de travail avec une reprise à 50 % dès ce jour. Il a précisé que l'assurée décrivait des douleurs au niveau de sa cheville gauche qui, selon elle, était devenue douloureuse ces derniers mois suite à une sur-sollicitation. Cliniquement, il avait constaté un œdème de tout le membre inférieur gauche, raison pour laquelle, il avait proposé à sa patiente de consulter son médecin traitant.

Elle a également produit un avis du 16 août 2019 de Madame K_____, physiothérapeute, attestant de séances de drainage lymphatique pour œdèmes bilatéraux des membres inférieurs depuis le 22 juillet 2019, étant précisé qu'une augmentation de la rétention d'eau au niveau de la zone cicatricielle de la cheville droite pouvait être constatée.

28. Dans sa réponse du 25 octobre 2019, la CNA a conclu au rejet du recours. Elle a produit un avis de son médecin d'arrondissement du 24 septembre 2019, lequel confirmait ses précédentes appréciations. Il était notamment rappelé que l'assurée exerçait une activité sédentaire, de sorte qu'elle pouvait reprendre une activité à temps plein sans limitations. Le Dr C_____ n'avait par ailleurs constaté qu'un œdème au membre inférieur gauche alors que c'était la cheville droite qui avait été accidentée. Les séances de drainage lymphatique n'avaient du reste été prescrites qu'à partir du mois de juillet 2019.
29. Dans sa réplique du 18 novembre 2019, l'assurée a persisté dans ses conclusions. Le fait que, dans son rapport de consultation du 5 juillet 2019, le Dr C_____ avait mis en évidence une diminution des adhérences au niveau du tendon d'Achille montrait bien que son état de santé ne s'était pas stabilisé le 5 avril 2019. Quant à l'œdème constaté à la cheville gauche, il s'expliquait par le fait que celle-ci était sollicitée par compensation, de sorte qu'elle devenait, elle aussi, douloureuse. Un œdème avait d'ailleurs également été constaté du côté droit par son physiothérapeute, Monsieur L_____. Une IRM réalisée le 23 septembre 2019, produit en annexe, mettait en évidence des signes de tendinopathie, élément suffisant pour démontrer que la situation n'était pas stabilisée le 5 avril 2019. L'assurée a également produit une attestation du 7 septembre 2019 de son physiothérapeute, M. L_____, d'où il ressortait que la physiothérapie à sec avait été reprise le 25 avril 2019 suite à la deuxième intervention. À ce jour, treize séances avaient été effectuées. La patiente se plaignait de douleurs à la marche et d'impossibilité à marcher plus de 25 minutes.
30. Le 20 décembre 2019, l'assurée a produit un certificat médical établi le 18 décembre 2019 par le docteur M_____, spécialiste FMH en médecine interne et réadaptation, attestant d'une nette amélioration des symptômes et de la fonction depuis le début de la prise en charge en physiothérapie. Cette amélioration avait permis une reprise pleine de la capacité de travail de l'assurée au mois de novembre. La patiente nécessitait une prise en charge en physiothérapie pour un travail fonctionnel actif, travail qui n'avait jamais été effectué auparavant. Le travail de physiothérapie était à poursuivre pour une période supplémentaire de trois mois.
31. Par duplique du 23 février 2020, la CNA a persisté dans ses conclusions. Se référant aux appréciations médicales du Dr F_____ des 20 décembre 2019 et 10 janvier 2020, elle a relevé que l'IRM réalisée le 23 septembre 2019 montrait un status parfaitement stabilisé, compatible avec une cicatrice post-chirurgicale. Le terme de tendinopathie ne signalait pas une affection active, mais se référait au

status post-opératoire du tendon. S'agissant de la physiothérapie, le Dr F_____ relevait que la prescription de séances de rééducation intensive et immédiate post-opératoire nécessaire n'avait pas été suivie, puisque selon le rapport de physiothérapie, c'était plus de cinq mois après la deuxième chirurgie que les séances avaient débuté. Dans ces conditions, il était normal que des adhérences se soient développées. Le traitement physiothérapeutique suivi ultérieurement, de manière légère et espacée, n'avait plus qu'un but conservateur de l'état stabilisé de l'assurée. Le Dr F_____ avait par ailleurs confirmé que l'objectif du traitement de physiothérapie résidait dans le maintien de la capacité de travail, qui restait pleine et entière avec un rendement intact.

32. Le 17 février 2020, l'assurée a sollicité l'audition du Dr F_____.
33. Le 8 septembre 2020, la chambre de céans a tenu une audience d'enquêtes. Entendu en tant que témoin, le Dr C_____ a confirmé avoir réopéré l'assurée le 19 novembre 2018, en raison de douleurs persistantes au niveau de la cicatrice. À la suite de l'opération, son équipe, soit le Dr I_____, avait revu la patiente le 21 décembre 2018. Lors de cette consultation, à laquelle le témoin n'avait pas assisté, le Dr I_____ avait indiqué que l'assurée allait mieux pour la marche, mais qu'il restait des douleurs résiduelles. Il a confirmé avoir recommandé une physiothérapie dès que possible, étant précisé qu'un tel traitement était important pour mobiliser les tissus et éviter la récurrence. Il arrivait que des douleurs empêchent une physiothérapie immédiate, mais cela ne ressortait pas du dossier de l'assurée. Il ressortait des notes du Dr I_____ que lors de la consultation du 21 décembre 2018, il n'y avait pas encore eu de physiothérapie alors que cela avait été recommandé. Suite à l'opération, le premier rapport médical rédigé par ses soins datait du 5 juillet 2019 et portait sur une consultation du 14 juin 2019. Il a confirmé avoir indiqué à l'assurée qu'elle pouvait reprendre son travail à 50 %, étant précisé que l'évaluation de sa capacité de travail était plutôt du ressort d'un expert. La reprise à 50 % devait être située dans le contexte de son travail habituel, qui nécessitait beaucoup de déplacements. Il avait également pris en compte le fait que l'assurée devait avoir du temps pour se consacrer aux séances de physiothérapie. À son sens, l'état de santé de l'assurée n'était pas stabilisé sept mois après l'opération. Il était d'accord avec les limitations fonctionnelles décrites par le Dr F_____ dans son appréciation du 28 mars 2019. Il estimait toutefois qu'une activité à plein temps n'était pas conciliable avec des séances de physiothérapie. Le taux d'activité de 50 % se justifiait également par les plaintes de l'assuré quant aux douleurs invalidantes. Questionné au sujet de l'IRM réalisée le 23 septembre 2019, le médecin a relevé que cette imagerie ne révélait rien quant à la stabilisation de l'état de santé de sa patiente. Quant aux certificats médicaux établis par son équipe durant la période post-opératoire, le témoin a précisé qu'il était étonné que certains d'entre eux fassent mention d'une incapacité de travail de 100 %. À son sens, l'incapacité de travail de l'assurée était de 50 % à partir de la sixième semaine post-opératoire, et cela jusqu'au mois de novembre 2019, où il a augmenté à 80 %. Sur question de

l'assurée, il a précisé que les adhérences s'étaient résorbées facilement suite à la deuxième intervention. Il avait constaté une peau facilement mobilisable et un tissu moins collé, ce qui signifie qu'il était moins douloureux qu'avant la situation pré-opératoire. Il ignorait pourquoi les séances de physiothérapie n'avaient pas été effectuées directement après l'opération. Le témoin a précisé que le traitement de physiothérapie ne permettait pas de guérir même s'il limitait la récurrence. La rééducation à la maison permettait, selon lui, de pallier l'absence de séances de physiothérapie. Il a ajouté qu'il était possible que le Dr I_____, qui était remplaçant dans son équipe, n'ait pas la même appréciation que lui. À son sens, l'état de santé de l'assurée était stabilisé dès octobre 2019.

Également entendu, le Dr F_____ a confirmé avoir constaté une amélioration des limitations fonctionnelles extrêmes dans son appréciation du 28 mars 2019. Cette observation ne changeait rien à son appréciation initiale du 9 avril 2018 dans laquelle il avait constaté un statut stabilisé, avec assez peu de chances d'amélioration, étant précisé que l'assurée avait un travail statique dans lequel elle se déplaçait peu. Le médecin a confirmé avoir tenu compte des douleurs invalidantes dont se plaignait l'assurée dans toutes ses appréciations, étant précisé que dans ses examens cliniques il n'avait pas constaté de douleurs extrêmes à la mobilité. À son sens, ces douleurs ne l'empêchaient pas de reprendre son travail habituel. S'agissant des douleurs au niveau de sa cheville gauche, il ne s'agissait pas d'un symptôme en lien de causalité avec l'accident, à moins que le Dr C_____ n'ait diagnostiqué une pathologie spécifique. Il s'agissait à son sens d'un œdème dont l'origine pouvait provenir d'un manque de mobilité. Il n'était pas possible de parler de surutilisation du membre gauche dans le cas de l'assurée, étant précisé qu'elle n'avait plus de béquilles et qu'elle marchait forcément sur ses deux jambes. Le médecin a également souligné l'importance d'une mobilisation rapide des membres après une opération de l'arthroscopie. La deuxième intervention était très peu invasive, de sorte qu'une physiothérapie était prescrite et nécessaire pour éviter que des adhérences se reproduisent. Dans le cas de l'assurée, treize à quinze séances avaient été faites en l'espace de cinq mois, ce qui était très peu pour une affection de ce genre. Les douleurs séquellaires étaient indépendantes de la capacité de travail. Des médicaments pouvaient être pris, qui pouvaient être classés en trois degrés. Or l'assurée ne prenait même pas des médicaments de degré 1. La question était de savoir si l'état de santé de l'assurée était mis en danger par un retour au travail. Or, dans le cas de l'assurée, ce n'était pas le cas. Questionné au sujet de l'IRM réalisée le 23 septembre 2019, le médecin a précisé qu'il s'agissait d'une imagerie qui apportait des éléments sur la cicatrisation mais qui ne révélait rien sur un état fonctionnel. L'IRM était standard et n'engageait pas de réflexion particulière par rapport à un traitement. À ce stade, les limites d'un traitement actif pouvant être proposé étaient atteintes. L'IRM confirmait à son sens un état de cicatrisation conforme à l'examen clinique effectué en mars. Sur question de l'assurée, il a précisé que la rééducation pouvait se faire de manière autonome, mais en relais ou en accompagnement. Il a ajouté qu'il n'était pas du tout d'accord avec

l'appréciation du Dr C_____ selon laquelle on ne pouvait parler de stabilisation sept mois après une opération de réduction des adhérences. Après une opération du tendon d'Achille standard (suture avec besoin de cicatrisation), le patient pouvait retourner au travail dès le troisième mois et son état de santé était stabilisé dans le septième mois. En revanche, dans le cas de la deuxième intervention (révision des adhérences), un retour au travail était en général possible rapidement (dans les deux à trois mois après l'intervention) et une stabilisation de l'état de santé était possible dans les quatre mois.

34. Le 27 octobre 2020, la chambre de céans a entendu les parties à une audience de comparution personnelle, lors de laquelle l'assurée a indiqué qu'elle était au bénéfice d'un CFC d'employée de commerce depuis 2016 et d'un diplôme de secrétaire-comptable depuis 2007. Elle avait exercé des activités très variées, dont factrice, assistante comptable, assistante-huissière, civiliste et gestionnaire administrative. Avant l'accident, elle exerçait le métier de gestionnaire fiscale au sein de la commune de N_____ de janvier 2016 à juin 2016. En août 2016, elle s'était inscrite au chômage. Elle exerçait son métier dans un bureau de O_____ de la ville de N_____. Elle recevait les clients à son bureau et s'occupait de leurs déclarations fiscales et de la gestion de leur dossier. Elle était également chargée de la permanence téléphonique. Dans le cadre de cette activité, elle était notamment amenée à se déplacer vers l'imprimante et à porter des dossiers pour le classement et l'archivage. Il lui arrivait également de se déplacer vers d'autres bureaux. Une fois par semaine, elle se déplaçait à l'IEPA pour chercher des dossiers. L'immeuble était situé à quinze minutes à pied de son bureau, étant précisé qu'un bus s'arrêtait devant l'antenne. Avec le bus, le trajet à pied durait cinq minutes. Elle a confirmé qu'elle détenait un véhicule, précisant que c'était habituellement son compagnon qui le conduisait. Sur question de l'intimée, l'assurée a confirmé qu'elle s'occupait de sa mère, atteinte d'Alzheimer depuis 2015. Depuis 2019, elle s'occupait de sa mère à temps plein, avec l'aide de son compagnon. Cette activité prenait environ 80 heures par mois. Questionnée au sujet des séances de physiothérapie prescrites par le Dr G_____, l'assurée a précisé avoir effectué en moyenne huit séances de 45 minutes par mois entre avril 2019 et février 2020. Elle n'avait commencé qu'en avril 2019 car son physiothérapeute, M. L_____, ne pouvait pas la recevoir avant. Elle n'avait pas cherché un autre thérapeute, car elle souhaitait continuer avec le thérapeute qui l'avait suivie après sa première opération. De novembre 2018 à avril 2019, elle avait effectué des séances de réadaptation à domicile avec son compagnon, qui connaissait bien le milieu du sport. L'assurée a précisé que l'évolution avait été très lente depuis les séances de physiothérapie, car elle ne devait pas dépasser le seuil de douleur de trois sur dix fixé par son thérapeute. Après la deuxième intervention, elle s'était déplacée en béquilles durant trois semaines. Depuis cette intervention, aucun médicament n'avait été prescrit, hormis la morphine et les antidouleurs prescrits pour la semaine qui a suivi l'opération. L'assurée a précisé, enfin, n'avoir pas beaucoup vu le Dr C_____ depuis la deuxième intervention. Le Dr I_____ l'avait encouragée à effectuer des séances de

physiothérapie en février 2019. Sur question de son conseil, l'assurée a confirmé avoir ressenti des douleurs constantes dans toutes les parties opérées. Ces douleurs avaient atteint son côté mental, raison pour laquelle l'assurance-maladie l'avait prise en charge pour une problématique psychique depuis juin 2018. En avril 2019, il était impensable pour elle de rechercher un travail ou d'exercer une activité. Elle ne parvenait pas à rester plus d'une heure assise et ne pouvait pas étendre sa jambe devant un client. Ses douleurs avaient été plus intenses après la deuxième intervention. Les séances de physiothérapie étaient suivies de deux heures de repos. Il arrivait que son thérapeute mette de la glace sur sa jambe pendant quinze minutes après les trente minutes de physiothérapie.

De son côté, la représentante de la CNA a constaté que l'activité habituelle décrite par l'assurée était une activité statique de bureau, comme cela ressortait dans sa déclaration du mois d'août 2017. Elle a également relevé les nombreuses contradictions entre les déclarations en audience de l'assurée et les pièces au dossier.

35. À l'issue de l'audience, 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), 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 recours, interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA), est recevable.
3. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée à mettre un terme au versement des indemnités journalières au 5 avril 2019.
4. Les prestations que l'assureur-accidents doit cas échéant prendre en charge comprennent le traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA).

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 l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de 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). En vertu de l'art. 17 al. 1 LAA, l'indemnité journalière correspond, en cas d'incapacité totale de travail (art. 6 LPGA), à 80 % du gain assuré. Si l'incapacité de travail n'est que partielle, l'indemnité journalière est réduite en conséquence.

À teneur de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente.

5. La notion d'incapacité de travail, à laquelle renvoie l'art. 16 al. 1 LAA comme condition du droit à l'indemnité journalière, est définie à l'art. 6 1^{ère} phrase LPGA. Selon cette disposition, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique.

En cas d'incapacité de travail durable dans l'ancienne profession, l'assuré est tenu, en vertu de son devoir de diminuer le dommage, d'utiliser dans un autre secteur sa capacité fonctionnelle résiduelle. À cet égard, la jurisprudence considère qu'un délai doit être imparti à l'intéressé pour rechercher une activité raisonnablement exigible dans une autre profession ou un autre domaine. La durée de ce délai est généralement de trois à cinq mois selon la pratique applicable en matière d'assurance-maladie (arrêt du Tribunal fédéral 8C_173/2008 du 20 août 2008 consid. 2.3). Cette application en assurance-accidents des délais aménagés à l'assuré en matière d'indemnités journalières pour maladie s'est heurtée à des critiques doctrinales, qui soutiennent qu'un changement de profession ne saurait être exigé avant la stabilisation de l'état de santé de l'assuré (Kaspar GEHRING *in* KIESER / GEHRING / BOLLINGER [éd.], KVG UVG Kommentar, 2018, n. 3 ad art. 16 LAA ; Markus SCHMID *in* HÜRZELER / KIESER [éd.], Kommentar zum schweizerischen Sozial-versicherungsrecht, UVG, 2018, n. 11 ad art. 16 LAA). Le droit aux indemnités journalières cesse toutefois au plus tard lors de la stabilisation de l'état médical (Philipp GEERTSEN *in* HÜRZELER / KIESER [éd.], UVG, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 2018, n. 18 ad art. 19 UVG).

6. La loi ne précise pas ce qu'il faut entendre par « une sensible amélioration de l'état de l'assuré » (art. 19 al. 1 LAA). Eu égard au fait que l'assurance-accidents est avant tout destinée aux personnes exerçant une activité lucrative (cf. art. 1a et 4 LAA), ce critère se déterminera notamment en fonction de la diminution ou disparition escomptée de l'incapacité de travail liée à un accident. L'ajout du terme « sensible » par le législateur tend à spécifier qu'il doit s'agir d'une amélioration significative, un progrès négligeable étant insuffisant (ATF 134 V 109 consid. 4.3). Ainsi, ni la simple possibilité qu'un traitement médical donne des résultats positifs, ni l'avancée minime que l'on peut attendre d'une mesure thérapeutique ne confèrent à un assuré le droit de recevoir de tels soins (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 244/04 du 20 mai 2005 consid. 2). Il n'y a pas d'amélioration sensible de l'état de santé quand la mesure thérapeutique, par exemple une cure annuelle, ne fait que soulager momentanément des douleurs occasionnées par un état par ailleurs stationnaire (arrêt du Tribunal fédéral 8C_179/2014 du 16 mars 2015 consid. 4.1).

Des troubles chroniques ne font pas obstacle à la reconnaissance d'un état de santé par ailleurs stationnaire (arrêt du Tribunal fédéral 8C_734/2014 du 23 novembre 2015 consid. 4.2). Dans le cas d'un assuré qui avait refusé de subir une arthrode de la cheville et auquel les médecins n'avaient pas proposé d'autre traitement, le Tribunal fédéral a confirmé que c'était à juste titre que l'assurance-accidents avait conclu à un état stabilisé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_247/2018 du 1^{er} avril 2019 consid. 5.3). Le simple fait qu'un traitement médical continue à être nécessaire ne suffit pas non plus à exclure la stabilisation de l'état de santé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_956/2009 du 9 mars 2010 consid. 4.1.2). Dans le cas d'un assuré dont le chirurgien avait uniquement suggéré la poursuite d'un traitement symptomatique, antalgique et peut-être une physiothérapie, le Tribunal fédéral a confirmé que l'assureur-accidents était fondé à considérer que l'état de santé était stabilisé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_589/2018 du 4 juillet 2019 consid. 4.3). Il faut encore préciser que la stabilisation de l'état de santé doit être estimée de manière pronostique, et non à l'aune de constatations rétrospectives (RAMA 3/2005 n° U 557 p. 389 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_849/2011 du 29 mai 2012 consid. 3.2).

7. Pour pouvoir trancher le droit aux prestations, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; ATF 115 V 133 consid. 2).

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 LPG), 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. À cet égard, il convient 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 125 V 351 consid. 3 ; ATF 122 V 157 consid. 1c).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier

certain types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

8. Dans la décision entreprise, l'intimée a retenu que la recourante présentait une pleine capacité de travail dans son activité habituelle. Elle s'est fondée en cela sur les conclusions du Dr F_____ du 2 avril 2019, selon lesquelles l'état de santé de la recourante était stabilisé et l'exigibilité identique à celle de l'examen du 9 avril 2018. Dans une activité de bureau, telle qu'exercée par la recourante avant sa période de chômage, une pleine capacité de travail pouvait être reconnue, pourvu que l'intéressée ne porte pas de charges et ne piétine pas. La recourante conteste cette décision. Se référant aux appréciations de ses médecins traitants, elle reproche à l'intimée d'avoir retenu une pleine capacité de travail dès le 5 avril 2019.
 - a. Il convient donc d'examiner la valeur probante de l'appréciation du Dr F_____ du 2 avril 2019.

En l'occurrence, ce rapport a été établi en pleine connaissance du dossier de la recourante et après deux examens personnels de celle-ci, les 9 avril 2018 et 28 mars 2019. Le médecin d'arrondissement a tenu compte des plaintes de la recourante et ses conclusions sont claires, dûment motivées et convaincantes. Le rapport remplit donc les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

S'agissant des atteintes à la santé de la recourante, le médecin a posé les diagnostics, non contestés, de rupture du tendon d'Achille et d'adhérences péri-achilléennes, libérées dans un second temps chirurgicalement. En ce qui concerne la capacité de travail, le Dr F_____ a estimé que les limitations fonctionnelles de

la recourante étaient compatibles avec une activité sédentaire, impliquant une marche d'une distance inférieure à 1'000 mètres. D'après le médecin, avec un travail somme toute statique de bureau, sans déplacements ni port d'archives lourdes, la recourante pouvait reprendre une activité à plein temps, sans perte de rendement. Ces limitations fonctionnelles ont été confirmées en audience par le Dr C_____. Ce dernier s'écarte en revanche de l'appréciation du Dr F_____ quant au taux d'incapacité de travail, qu'il fixe quant à lui à 50 %. Or, force est de constater que ce médecin, qui se trouve dans une relation particulière de confiance avec la recourante, n'a livré aucune justification convaincante à l'appui de cette appréciation. Entendu en audience, le médecin a expliqué que ce taux était justifié par l'activité habituelle qui nécessitait beaucoup de déplacements, le temps nécessaire à consacrer aux séances de physiothérapie et les plaintes de l'assurée (douleurs invalidantes). Or, les justifications apportées par ce médecin ne tiennent pas en l'état du dossier. Il ressort en effet sans équivoque des pièces de la procédure que l'activité exercée par la recourante avant sa période de chômage était une activité statique de bureau, avec des déplacements limités. La déclaration de sinistre du 15 février 2017 mentionne en effet l'activité de « taxatrice fiscale » au titre de dernier emploi exercé avant le chômage (cf. supra EN FAIT consid. 2). Lors de son entretien avec l'intimée, la recourante a, par ailleurs, précisé que son dernier poste avant le chômage consistait en une « activité de bureau, assise derrière un ordinateur, utilisation du fax, tél., copieur, scanneur » (cf. supra EN FAIT consid. 6). Quoi qu'en dise la recourante, le fait de recevoir des clients, se déplacer vers l'imprimante ou récupérer des dossiers ne permet pas de retenir que l'activité habituelle ne serait pas exigible. Pareille description de son activité n'est, en tous les cas, pas incompatible avec les limitations fonctionnelles décrites par le médecin d'arrondissement (pas de port de charges et distance à pied n'excédant pas 1'000 mètres), et confirmées par le Dr C_____, ce d'autant plus que, selon ses dires, la recourante peut marcher, sans aide ou moyen auxiliaire, durant dix minutes avant de ressentir des difficultés (cf. appréciation médicale du Dr F_____ du 2 avril 2019) et est en mesure – certes avec l'aide de son compagnon – de s'occuper de sa mère, atteinte d'Alzheimer, à plein temps depuis 2019 (activité qui prend 80 heures par mois ; cf. supra EN FAIT consid. 34). S'agissant ensuite du temps nécessaire pour effectuer des séances de physiothérapie, il est difficilement concevable que deux séances de 45 minutes par semaine, ainsi que cela ressort des ordonnances de prescription de physiothérapie (cf. notamment prescription de physiothérapie du Dr G_____ du 5 mars 2019), justifient une diminution du taux d'activité de 50 %. La chambre de céans constate au demeurant qu'en dépit de ses déclarations, la recourante n'a effectué que treize séances de physiothérapie depuis son intervention du 19 novembre 2018 jusqu'au 7 septembre 2019 (cf. attestation de M. L_____ du 7 septembre 2019). Enfin, en tant que l'évaluation de la capacité de travail du Dr C_____ se fonde sur les plaintes subjectives de l'assurée, force est de constater qu'elle ne suffit pas à faire douter de l'appréciation du Dr F_____ sur ce point. On relèvera au demeurant que la prise occasionnelle d'un antidouleur (Dafalgan) en cas

de douleurs importantes ne saurait suffire pour justifier une incapacité de travail. Par ailleurs, et de manière plus générale, il est pour le moins étonnant de la part d'un médecin, qui n'a pas revu sa patiente dans les sept mois qui ont suivi son intervention du 19 novembre 2018, d'attester des incapacités de travail de 100 % (cf. certificats médicaux du Dr C_____ des 5 décembre 2018, 11 février 2019 et 27 mars 2019), avant de déclarer en audience qu'à son sens l'incapacité de travail de la recourante était de 50 % dès la sixième semaine post-opératoire.

Il suit de l'ensemble de ces éléments que l'appréciation de la capacité de travail du Dr C_____ n'est pas convaincante et ne contient aucun indice concret permettant de mettre en cause les conclusions du médecin d'arrondissement de l'intimée.

Pour le reste, la recourante ne saurait tirer argument du fait que le Dr M_____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, n'a retenu une reprise pleine de sa capacité de travail qu'au mois de novembre 2019. Le certificat médical de ce médecin, pour le moins succinct, n'est nullement motivé et ne permet pas de comprendre en quoi une incapacité de travail aurait été justifiée avant cette date. Ce document ne justifie, en tous les cas, pas de s'écarter des conclusions motivées et convaincantes du Dr F_____.

b. Il convient de préciser pour le surplus que la cessation du versement des indemnités journalières doit également être confirmée pour un autre motif, soit la stabilisation de l'état de santé de la recourante au 5 avril 2019. Entendu en audience, le Dr F_____ a indiqué que les limites d'un traitement actif pouvant être proposé étaient atteintes. Le Dr C_____ n'a quant à lui proposé aucune intervention chirurgicale subséquente, ni traitement médicamenteux. Il s'est limité à recommander des séances de physiothérapie. Or, d'après la jurisprudence, de telles séances ne sont pas incompatibles avec un état stabilisé (cf. supra consid. 6). Comme l'a admis le Dr C_____ en audience, il ne s'agit pas là d'une option thérapeutique visant une guérison, même partielle, mais uniquement de traitements symptomatiques. La prescription de séances de physiothérapie ne démontre ainsi pas que l'état de santé de la recourante ne serait pas stabilisé au 5 avril 2019. Dans ces conditions, l'appréciation, non motivée, du Dr C_____ selon laquelle l'état de santé de la recourante n'était pas encore stabilisé sept mois après l'opération (cf. procès-verbal d'enquêtes du 8 septembre 2020) n'emporte pas la conviction.

La recourante ne saurait, à ce titre, se prévaloir de l'appréciation du Dr C_____ du 5 juillet 2019, selon laquelle elle présentait « moins d'adhérence », pour contester l'absence de stabilisation de son état de santé. La chambre de céans relève que l'appréciation du Dr C_____ est contredite par le Dr I_____ qui, dans son examen clinique du 27 février 2019, retient une absence d'adhérences (cf. notes de suite du 27 février 2019 du Dr I_____). Entendu en audience, le Dr C_____ a d'ailleurs confirmé que les adhérences s'étaient résorbées rapidement suite à la deuxième intervention. Il avait constaté une peau facilement mobilisable et un tissu moins collé. La recourante ne saurait non plus se fonder sur l'IRM réalisée le 23 septembre 2019, qui fait état de signes de tendinopathie, pour exclure une

stabilisation de son état de santé au 5 avril 2019. Entendu en audience, le Dr C_____ a expliqué que l'IRM précitée ne révélait rien quant à la stabilité de l'état de santé de sa patiente. Le Dr F_____ a quant à lui relevé qu'il s'agissait d'une imagerie qui apportait des éléments sur la cicatrisation mais qui ne révélait rien sur un état fonctionnel. L'IRM était standard et n'engageait pas de réflexion particulière par rapport à un traitement. Sur la base de ces éléments, il convient donc de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'état de santé de la recourante était stabilisé au 5 avril 2019, ce qui correspond d'ailleurs au pronostic posé par le médecin d'arrondissement en cas d'opération de révision des adhérences (stabilisation de l'état de santé dans les quatre mois après l'intervention : cf. audition du Dr F_____ devant la chambre de céans du 8 septembre 2020 ; cf. supra EN FAIT consid. 33).

c. Eu égard à l'ensemble des éléments qui précèdent, la chambre de céans est d'avis qu'il n'existe aucun indice permettant de douter de la fiabilité des conclusions du médecin d'arrondissement de l'intimée. Il est donc établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la recourante disposait d'une pleine et entière capacité de travail dans son activité habituelle dès le 5 avril 2019, sans diminution de rendement, de sorte que la décision sur opposition du 26 juin 2019 n'est pas critiquable.

9. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté.

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 NIERMARÉCHAL

Eleanor McGREGOR

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