

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3214/2014

ATAS/824/2015

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 3 novembre 2015

2^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié au PETIT-LANCY, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Agrippino RENDA

recourant

contre

SUVA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCES EN CAS
D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître Didier ELSIG

intimée

Siégeant : Raphaël MARTIN, Président; Christine BULLIARD-MANGILI et Anny SANDMEIER, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), de nationalité portugaise, né le _____ 1979, était employé par les deux entreprises suivantes :
 - depuis le 20 avril 2005 par B_____ AG (ci-après : B_____) à raison de 42 heures par semaine en qualité de nettoyeur et de plongeur en cuisine et,
 - depuis le 1^{er} octobre 2006, par le C_____ SA (ci-après : la régie) à raison de 15 heures par semaine en qualité de nettoyeur.

Pour les deux activités précitées, il était assuré auprès de la SUVA – caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : SUVA ou l'assureur) contre les accidents professionnels et non professionnels.
2. Le 11 décembre 2010, l'assuré participait à un match de football entre amis. Alors qu'ils étaient deux à se disputer le ballon, son adversaire lui a malencontreusement donné un coup au niveau du gros orteil du pied gauche au lieu de frapper dans le ballon.
3. Suite à cet accident, l'assuré a été incapable de travailler quelle que soit son activité professionnelle et ce jusqu'au 20 mars 2011.
4. Le jour-même de l'accident, l'assuré s'est rendu à la Permanence médico-chirurgicale de Vermont – Grand Pré SA (ci-après : la permanence), où le diagnostic de luxation du gros orteil gauche a été posé (rapport du docteur D_____, spécialiste FMH en médecine interne générale du 21 février 2011 ; rapport du docteur E_____, médecin répondant du 15 mars 2011). La marche était difficile et l'assuré présentait des douleurs à la palpation (rapport du Dr D_____ du 21 février 2011). Des radiographies du gros orteil, effectuées les 13 et 20 décembre 2010 n'ont pas révélé de fracture mais un ostéophyte de la partie externe de la tête du 1^{er} métatarsien.
5. L'assuré a également été adressé aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) pour un traitement plus spécifique. Selon un rapport du 23 mars 2011, il souffrait en réalité d'une fracture intra-articulaire non déplacée de la dernière phalange. Le diagnostic retenu était par conséquent celui de fracture de la phalange intermédiaire (P2) du gros orteil (D1) du pied gauche. Le traitement consistait à immobiliser le pied et à prendre des antalgiques.
6. Le 9 septembre 2011, le Dr E_____ a expliqué que l'assuré, qui n'arrivait pas à plier son pied, ressentait toujours des douleurs en marchant. Il présentait également une enflure modérée de l'articulation interphalangienne proximale (IPP), avec une mobilisation restreinte et douloureuse. Neuf séances de physiothérapies avaient été prescrites.
7. Selon le rapport d'interprétation de la radiographie du gros orteil du pied gauche du 28 septembre 2011, il y avait très vraisemblablement eu une fracture intra-articulaire et une subluxation, qui persistait.

8. L'assuré a consulté le docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin consultant auprès de la permanence, lequel a posé, en octobre 2011, les diagnostics de status après fracture de la base de la phalange intermédiaire du premier orteil du pied gauche, subluxation et arthrose sur cal vicieux des phalanges distale (P1) et intermédiaire (P2). L'assuré se plaignait toujours de douleurs à la marche, au niveau des points d'appui. Le traitement envisagé consistait en une arthrodèse des phalanges distale et intermédiaire (P1-P2) de l'orteil du pied gauche.
9. Le 18 novembre 2011, le Dr F_____ a procédé à l'arthrodèse envisagée.
10. Suite à cette intervention, l'assuré a été incapable de travailler dans ses deux activités jusqu'au 5 février 2012.
11. Selon le Dr F_____, dès le 6 février 2012, l'assuré était capable de reprendre une activité à mi-temps, devant respecter les limitations fonctionnelles suivantes : pas de travaux lourds ni de montées ou descentes d'escaliers (certificat du 1^{er} février 2012).
12. Dans les faits, l'assuré a repris à 50% son activité chez B_____. En revanche, il était toujours totalement incapable d'exercer celle chez son autre employeur, dès lors qu'elle impliquait trop de déplacements ainsi que des montées ou descentes d'escaliers. À la fin de sa demi-journée chez B_____, l'assuré souffrait de son pied gauche et marchait avec le pied tordu pour éviter que son gros orteil ne touche le sol. Dès qu'il appuyait sur le bout de son pied, notamment en montant les escaliers, son orteil, qui était toujours enflé, lui faisait mal (voir rapport d'entretien de la SUVA, contresigné par l'assuré le 20 mars 2012).
13. Dès le 8 mai 2012, l'assuré a été capable de reprendre son activité professionnelle à 100% pour le compte de la régie mais a continué à 50% son activité chez B_____.
14. Par courrier du 8 mai 2012, le Dr F_____ a rappelé les diagnostics de status après arthrodèse P1-P2 du gros orteil du pied gauche. L'assuré marchait en charge, avec des chaussures normales, sans boiterie. Aucune rougeur n'était constatée. En revanche, le médecin précité a remarqué des signes de points d'appuis. En raison des pieds plats, des semelles avaient été prescrites. Selon les radiographies, des points étaient visibles, ce qui signifiait que les espaces n'étaient pas comblés. Lors de la consultation du 23 avril 2012, le Dr F_____ avait informé l'assuré qu'il l'estimait capable de reprendre une activité professionnelle, ce qui avait eu pour conséquence d'après discussions. Concrètement, l'activité de concierge était possible à 100%. Quant à l'activité de plonge, elle n'était possible qu'à 50%, l'assuré portant des chaussures de protection.
15. Selon le Dr F_____, le pied gauche allait mieux et une reprise d'activité était possible. L'assuré ne se sentait cependant pas apte à reprendre chez B_____ en raison des lourdes charges et des chaussures. Le médecin précité enjoignait dès lors la SUVA à faire le point sur le poste de travail exact occupé chez B_____ afin de convenir d'une éventuelle reprise (voir la note téléphonique de la SUVA du 12 septembre 2012).

16. Mécontent du traitement prodigué par le Dr F_____, lequel ne souhaitait pas enlever la vis et ne lui prescrivait que des semelles orthopédiques, l'assuré a été consulter le docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique à Fribourg, pour un avis spécialisé. Celui-ci lui a fortement conseillé l'ablation de la vis afin de pouvoir pratiquer un nouveau geste chirurgical, ce qui lui avait déjà été conseillé par un médecin portugais qu'il avait consulté en 2011 et 2012 (voir rapport d'entretien de la SUVA contresigné par l'assuré le 18 octobre 2012).
17. Dans un avis du 12 novembre 2012, le Dr G_____ a expliqué avoir constaté, lors de la consultation du 9 octobre 2012, une gêne subjective et objective à la base d'une malposition (en extension dorsale) du gros orteil après l'arthrodèse interphalangienne (IP). Le diagnostic était ainsi celui de malposition du gros orteil gauche et le traitement entrepris était d'ordre ortho-technique avec la prescription d'une semelle, sans résultat conclusif. Le traitement envisagé consistait en une ré-arthrodèse du gros orteil gauche.
18. L'assuré a, à nouveau, été incapable de travailler à 50% du 9 octobre au 14 novembre 2012.
19. Le 16 novembre 2012, le Dr G_____ a procédé à une révision avec ré-arthrodèse (trois broches) de l'articulation interphalangienne et ostéotomie de flexion (phalange de base et phalange distale), avec correction de l'extension dorsale de 20°, ainsi qu'à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse (AMO – vis de 2,5) au niveau du gros orteil gauche, les diagnostics étant ceux de malposition en extension du gros orteil et de status après fracture comminutive intra-articulaire et arthrodèse interphalangienne du gros orteil (voir rapport opératoire du 16 novembre 2012 et rapport de sortie du 26 février 2013).
20. L'ablation des trois broches a été effectuée le 5 mars 2013 par le Dr G_____. L'assuré a ensuite bénéficié de deux chaussures orthopédiques, l'une pour l'intérieur et l'autre pour les déplacements. L'évolution était lentement favorable.
21. En raison de ces deux interventions, l'assuré a été totalement incapable de travailler du 15 novembre 2012 au 6 janvier 2013. Du 7 janvier au 7 avril 2013, il a été incapable de travailler à 100% dans son activité pour la régie et à 50% dans son activité pour B_____. Dès le 8 avril 2013, l'assuré était à nouveau capable de travailler à 100% dans ses deux activités.
22. Dans un courrier du 18 juin 2013, le Dr G_____ a rappelé le diagnostic de status après arthrodèse et révision d'arthrodèse de l'articulation interphalangienne proximale du gros orteil. L'assuré signalait une marche presque normale après des journées de travail de 10 à 12h. Occasionnellement, il ressentait des sensations de serrage « anneau » du gros orteil, lequel n'avait pas supporté les formes faites à Genève. L'examen clinique montrait un bon appui, ce qui était confirmé par l'examen podoscopique. La station sur la pointe des pieds était possible et indolore. Le contrôle des formes révélait une qualité sub-optimale étant donné qu'elles ne soutenaient qu'une partie de la voûte et ne corrigeaient pas l'affaissement de celle-

ci de manière satisfaisante. En conclusion, le Dr G_____ proposait la confection d'une deuxième paire de formes, devant essentiellement être utilisées, à son travail, dans les chaussures de sécurité.

23. Le 13 août 2013, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité de Genève (OAI).
24. Du 5 juillet au 10 septembre 2013, l'assuré a, à nouveau, été incapable de travailler à 100% dans ses deux activités professionnelles.
25. En date du 10 septembre 2013, le Dr G_____ a posé les diagnostics de troubles statiques d'étiologie incertaine et de status après arthrodèse de l'articulation interphalangienne proximale du gros orteil gauche. Malgré les formes, l'assuré signalait des douleurs le long de la jambe et de la cuisse, décrivant également une position en inversion du pied gauche pour décharger le bord interne. À la fin de la journée, il n'arrivait plus à marcher. Il avait également perdu 7 kg. À l'examen clinique, l'orthopédiste susmentionné ne retrouvait pas de trouble statique ou de désaxation ou autre qui expliqueraient l'étiologie des gênes et douleurs signalées par le patient. Les formes sur mesure étaient correctes et redressaient la voûte longitudinale de façon efficace. Le Dr G_____ ne trouvait pas la raison des douleurs de l'assuré. Il s'agissait probablement d'une surcharge dans l'activité professionnelle de l'assuré, laquelle impliquait des impératifs de rendement. À titre pragmatique, il avait conseillé à l'assuré de ne plus mettre ses formes actuelles et de les remplacer par les formes standards. Il lui suggérait de s'habituer aux formes standards pendant 10 à 14 jours, pendant lesquels il devrait également réduire son activité à 50%.
26. Le 11 septembre 2013, l'assuré a pu reprendre à 50% son activité pour B_____. En revanche, il était toujours incapable de reprendre son activité pour la régie.
27. Selon les réponses manuscrites données au mois de novembre 2013 par le docteur H_____, spécialiste FMH en médecine interne, le problème était algique et dépressif et comprenait également des troubles de la marche. Il s'agissait d'une situation compliquée issue d'une fracture du gros orteil avec rupture tendineuse et blocage de la première articulation de cet orteil, ce qui rendait la marche difficile, avec des problèmes pour l'assuré de maintenir son rythme de travail. L'assuré présentait également une sinistrose ainsi qu'un état dépressif, ayant entraîné une perte de poids de 8 à 10 kg, avec une incapacité de motivation et des idées persécutrices et dévalorisantes. Pour le Dr H_____, l'assuré présentait en réalité une combinaison entre un syndrome de type sinistrose et un syndrome physique secondaire à l'accident et à l'arthrodèse de son gros orteil.
28. Du 1^{er} octobre 2013 au 26 février 2014, l'assuré était totalement incapable de travailler pour la régie et seulement à 50% pour B_____, étant précisé que pendant le mois de novembre 2013, l'assuré était également incapable de travailler pour B_____.

29. Le 25 février 2014, l'assuré a été examiné par le docteur I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et médecin d'arrondissement de la SUVA. Selon le rapport du 5 mars 2014, établi consécutivement à cet examen, le psychiatre précité a noté une symptomatologie dépressive d'intensité légère, avec une humeur n'étant pas stablement dépressive, une inhibition modérée, une absence de ralentissement psychomoteur et d'idéation suicidaire ainsi que des éléments de culpabilité et de persécution, principalement liés avec un harcèlement au travail. Il existait également une anxiété face aux nombreuses incertitudes pesant sur l'avenir de l'assuré, notamment sur le plan professionnel. Quand bien même les médecins de l'assuré l'avaient informé qu'il allait probablement rester handicapé, il avait beaucoup de peine à entrer dans un processus de deuil, en raison de la persistance d'une atteinte à ce niveau et de l'absence de récupération de la même mobilité qu'avant. Fort de ces constatations, le Dr I_____ a retenu le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive (F43.2). En l'état, le lien de causalité entre les troubles psychiques et l'atteinte psychique (recte entre l'atteinte psychique / les troubles psychiques et l'accident) devait être retenu.
30. L'assuré a été totalement incapable de travailler du 27 février au 6 avril 2014.
31. Le 2 avril 2014, le docteur J_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de la SUVA, a procédé à une appréciation médicale, dont il ressort qu'au vu de l'examen clinique effectué le 18 juin 2013, lors duquel le médecin traitant avait constaté une marche quasiment normale, il pouvait être conclu que l'assuré était totalement capable de travailler.
32. L'assuré a été partiellement incapable de travailler (50%) du 7 au 30 avril 2014.
33. En résumé, à la date du 30 avril 2014, l'assuré avait notamment transmis à la SUVA les certificats d'incapacité de travail suivants :

Incapacités de travail	ISS	Régie
11.12.2010 - 20.03.2011	100%	100%
21.03.2011 – 16.11.2011	0%	0%
17.11.2011 – 05.02.2012	100%	100%
05.02.2012 – 07.05.2012	50%	100%
08.05.2012 – 08.10.2012	50%	0%
09.10.2012 – 14.11.2012	50%	50%
15.11.2012 – 06.01.2013	100%	100%
07.01.2013 – 04.03.2013	50%	100%
05.03.2013 – 07.04.2013	100%	100%
08.04.2013 – 04.07.2013	0%	0%
05.07.2013 – 10.09.2013	100%	100%
11.09.2013 – 31.10.2013	50%	100%
01.11.2013 – 30.11.2013	100%	100%
01.12.2013 – 06.02.2014	50%	100%
27.02.2014 – 06.04.2014	100%	100%
07.04.2014 – 30.04.2014	50%	100%

34. Par décision du 30 avril 2014, la SUVA a mis un terme à la prise en charge des suites de l'accident. En effet, la reprise d'une activité professionnelle était exigible en ce qui concernait les seuls troubles organiques liés à l'accident du 11 décembre 2010. S'agissant des autres troubles mentionnés par l'assuré, ils ne pouvaient s'expliquer du point de vue organique comme étant des séquelles de l'accident assuré. Les troubles psychiques n'étaient pas en lien de causalité adéquate avec l'accident assuré, les conditions jurisprudentielles n'étant pas remplies. Enfin, l'effet suspensif de l'opposition était retiré.
35. Le 28 mai 2014, l'assuré s'est opposé, sous la plume de son conseil, à la décision du 30 avril 2014 concluant, avec suite de frais et dépens, à la restitution de l'effet suspensif, à l'annulation de la décision du 30 avril 2014, et au versement de l'intégralité des prestations dues en raison de son incapacité de travailler au-delà du 30 avril 2014 et ce pour une durée indéterminée.

À l'appui de son opposition, il a notamment fourni les pièces suivantes :

- L'attestation du 16 octobre 2013 du docteur K_____, orthopédiste au Portugal et sa traduction certifiée conforme, dont il ressort que l'assuré se plaignait encore de douleurs au gros orteil, l'obligeant à appuyer son pied sur l'extérieur, ce qui avait pour conséquence des douleurs dans la jambe.
 - Deux certificats établis le 30 avril 2014 par le Dr H_____, concernant chacune des activités de l'assuré, attestant d'une incapacité totale de travailler du 1^{er} au 31 mai 2014.
36. Par projet de décision du 30 mai 2014, confirmé le 4 juillet 2014, l'OAI a refusé à l'assuré le droit à une rente d'invalidité et aux mesures professionnelles, constatant que son atteinte à la santé n'avait pas entraîné une incapacité de travail moyenne de 40% au moins pendant une année et que cette incapacité de travail ne persistait pas à plus de 40% au moins.
37. Les pièces médicales nouvelles produites le 28 mai 2014 ont été soumises au Dr J_____, qui a considéré, par avis du 2 juin 2014, qu'elles n'entraînaient pas de modification de son appréciation.
38. Le 2 juin 2014, HELSANA ASSURANCES SA, l'assureur-maladie de l'assuré, a formé opposition à titre provisoire.

Ladite opposition a été retirée par courrier du 18 juin 2014.

39. Le 4 septembre 2014, le Dr J_____ a établi une nouvelle appréciation médicale. Après avoir résumé les pièces pertinentes et les constatations faites lors de l'examen clinique réalisé le 18 juin 2013, le médecin-conseil de la SUVA a rappelé que le Dr G_____ avait confirmé une reprise de l'activité professionnelle à 100% dès le 8 avril 2013, mentionnant dans ses courriers que l'assuré faisait état d'une marche presque normale quand bien même les journées allaient parfois de 10 à 12 heures. Par conséquent, à la lumière des différents certificats du Dr G_____, on

pouvait s'attendre, dès le 1^{er} mai 2014, à la reprise à 100% de son activité antérieure de nettoyage, de sorte que la précédente appréciation était maintenue.

40. Par décision incidente du 9 septembre 2014, la SUVA a rejeté la demande de restitution de l'effet suspensif formulée par l'assuré le 28 mai 2014.
41. Par décision sur opposition du 17 septembre 2014, la SUVA a écarté l'opposition du 28 mai 2014 et confirmé sa décision du 30 avril 2014, considérant que le dossier ne contenait aucun élément concret permettant de jeter un doute sur le bien-fondé de l'avis convaincant et motivé du Dr J_____. En effet, ni les certificats médicaux du Dr H_____ ni l'évaluation « médico-légale » du Dr K_____ ne permettaient de remettre en question les conclusions du médecin d'arrondissement précité. Par conséquent, une pleine valeur probante devait être accordée à l'avis du Dr J_____. La SUVA a également considéré que « la persistance d'une incapacité de travail après une simple fracture de l'orteil, subie il y a plus de trois ans [n'apparaissait] pas compréhensible au vu des éléments médicaux objectivables. Des aspects psychologiques [jouaient] très vraisemblablement un rôle dans la poursuite de cette incapacité ». S'agissant de la symptomatologie psychique, elle n'était pas en lien de causalité adéquate avec l'accident assuré. En effet, d'une part, ce dernier devait au mieux être classé dans les accidents de gravité moyenne à la limite des accidents bénins et d'autre part, aucun des critères jurisprudentiels n'était rempli.
42. Le 20 octobre 2014, l'assuré a interjeté recours contre la décision sur opposition précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice. Il a conclu, sous suite de frais et dépens, préalablement à l'octroi d'un délai supplémentaire pour prendre connaissance des pièces de la SUVA et compléter ses écritures et cela fait, à la tenue d'une comparution personnelle des parties et d'une audience d'enquêtes au cours de laquelle les Drs K_____ et H_____ devraient être entendus, à la réalisation d'une expertise neutre et à l'audition de l'expert. Principalement, le recourant concluait à l'admission du recours et à l'annulation de la décision sur opposition du 17 septembre 2014 et cela fait, à la constatation qu'il ne disposait pas, à compter du 1^{er} mai 2014, d'une pleine capacité de travail dans ses activités professionnelles, ce qui avait pour conséquence la condamnation de la SUVA au versement de l'indemnité journalière au-delà du 30 avril 2014. Subsidiairement, le recourant concluait au renvoi de la cause à la SUVA pour nouvelle décision dans le sens des considérants.

À l'appui de son recours, l'assuré a notamment considéré que l'intimée commettait « l'arbitraire le plus absolu » en retenant que sa capacité de travail était entière à compter du 1^{er} mai 2014 dans les activités professionnelles, mettant ainsi un terme au versement des indemnités journalières. L'argumentation de la SUVA consistant à considérer que des aspects psychologiques jouaient très vraisemblablement un rôle dans la poursuite de cette incapacité était insoutenable, l'assureur-accident substituant son propre diagnostic à ceux des médecins expérimentés et spécialisés ayant régulièrement pris en charge le recourant depuis plusieurs mois.

En annexe à son recours, l'assuré produisait les mêmes pièces que celles transmises à l'appui de l'opposition.

43. L'intimée a répondu en date du 20 novembre 2014, concluant au rejet du recours, considérant qu'il convenait d'accorder une pleine valeur probante aux appréciations de son service et, par conséquent, d'admettre qu'elle était légitimée à en tenir compte. Par ailleurs, le certificat du Dr H_____ était sommaire et ne permettait pas de remettre en question les conclusions du Dr J_____. En outre, dans son évaluation « médico-légale », le Dr K_____ fondait essentiellement son raisonnement sur les douleurs exprimées par le recourant. En résumé, celui-ci n'apportait aucun élément médical nouveau permettant de soutenir ses conclusions ou de mettre en doute celles des médecins d'arrondissement de la SUVA. S'agissant des troubles psychiques, l'intimée relevait que le recourant ne contestait pas avoir subi un accident de sport relativement banal, qu'il convenait de classer dans la catégorie des événements de gravité moyenne à la limite des incidents bénins. Il n'alléguait en outre pas l'existence d'un lien de causalité adéquate entre ses troubles psychiques et l'événement assuré. Enfin, le dossier médical était suffisamment instruit de sorte qu'il n'y avait pas lieu de mettre en œuvre une expertise judiciaire.
44. Un délai au 15 décembre 2014 pour répliquer a été imparti au recourant. À sa demande, ce délai a été prolongé aux 19 janvier, 23 février et 23 mars 2015, sans avoir été utilisé, de sorte que la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. a. 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 1er 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, la décision attaquée étant une décision sur opposition de la SUVA confirmant la mise d'un terme à des prestations prévues par la LAA.
- b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAA contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAA).

Le présent recours a été déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA). Il satisfait aux exigences de forme et de contenu prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA). L'assuré a qualité pour recourir (art. 59 LPGA).

c. Le présent recours sera donc déclaré recevable.

2. Le litige porte sur le droit de l'intimé à mettre un terme au versement des indemnités journalières avec effet au 30 avril 2014, singulièrement sur la valeur probante des rapports des Drs J_____ et I_____ et sur le lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques présentés et l'accident du 10 décembre 2010.
3. a. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA).

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; 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

b. L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci.

c. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 119 V 335 consid. 1; 118 V 286 consid. 1b et les références).

d/aa. 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. À 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; 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3).

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).

d/bb. 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. Étant 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).

Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

d/cc. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. cc).

À noter dans ce contexte que les rapports médicaux établis à l'étranger ne répondent souvent pas aux conditions posées par le droit suisse en matière de valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_952/2011 du 7 novembre 2012 consid. 2.3)

e. 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; 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe 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).

f. 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 des parties 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).

9. En l'espèce, l'intimée s'est notamment fondée sur les appréciations médicales des 2 avril, 2 juin et 4 septembre 2014 du Dr J_____ pour considérer que les douleurs alléguées par le recourant n'étaient plus en lien de causalité naturelle avec l'accident assuré.

La chambre de céans constate, en premier lieu, que le Dr J_____ a analysé le cas du recourant sans avoir examiné personnellement ce dernier. Toutefois, conformément à la jurisprudence susmentionnée, cela n'a en l'espèce aucune incidence sur la valeur probante de ses rapports, dans la mesure où son appréciation du cas est basée sur les rapports médicaux de médecins ayant quant à eux examiné le recourant. En outre, ce dernier n'a apporté au dossier aucun élément objectif permettant de remettre en cause les rapports du Dr J_____. En effet, dans ses deux certificats 30 avril 2014 – au demeurant identiques –, le Dr H_____ se borne à attester d'une incapacité de travail pour le mois de mai 2014, sans fournir la moindre justification médicale. Quant au Dr K_____, il se limite à énoncer les plaintes subjectives du recourant, tout en relevant que la marche était normale. Ainsi, aucun des médecins auquel le recourant se réfère pour contester la position de la SUVA ne contredit de manière convaincante les conclusions du Dr J_____.

Il apparaît que l'ensemble des pièces médicales du dossier vont dans le sens des conclusions prises par le Dr J_____, qu'il convient par conséquent de suivre. À cela s'ajoute le fait que dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés. Demeurent réservés les cas où un syndrome douloureux sans étiologie claire et fiable est associé à une affection psychique qui, en elle-même ou en corrélation avec l'état douloureux, est propre à entraîner une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 353 consid. 2.2.2; arrêt W. du 9 octobre 2001, I 382/00, consid. 2b ; I 86/05 du 29 août 2006, consid. 5.2 ; 130 V 353, consid. 2.2.2). Or, dans le cas d'espèce, dans son rapport du 10 juin 2013, le Dr G_____ n'a pas trouvé la raison des douleurs de l'assuré. Dans de telles circonstances, c'est à juste titre que l'intimé a considéré que l'incapacité alléguée par le recourant n'était plus en lien de causalité naturelle avec l'accident assuré.

10. Reste à examiner si les troubles psychiques évoqués par les Drs H_____ et I_____ pourraient justifier la continuation du versement des indemnités journalières. Dans ce contexte, il convient d'examiner si le lien de causalité tant naturelle qu'adéquate est réalisé.

a. La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement.

Selon la jurisprudence, la question du lien de causalité naturelle entre une affection de nature psychique et un accident peut rester indéfinie dans la mesure où le lien de causalité adéquate doit de toute manière être nié (arrêts du Tribunal fédéral 8C_77/2009 du 4 juin 2009 consid. 4 ; 8C_746/2008 du 17 août 2009 consid. 5).

b/aa. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références). En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF

117 V 359 consid. 6; 117 V 369 consid. 4b; 115 V 133 consid. 6; 115 V 403 consid. 5).

b/bb. Dans le cas de troubles psychiques additionnels à une atteinte à la santé physique, le caractère adéquat du lien de causalité suppose que l'accident ait eu une importance déterminante dans leur déclenchement. La jurisprudence a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale); les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 115 V 133 consid. 6; 115 V 403 consid. 5). Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent (arrêt du Tribunal fédéral 8C_890/2012 du 15 novembre 2013 consid. 5.2 et les références).

c/aa. Selon la jurisprudence (ATF 115 V 403 consid. 5), lorsque l'accident est insignifiant (l'assuré s'est par exemple cogné la tête ou s'est fait marcher sur le pied) ou de peu de gravité (il a été victime d'une chute banale), l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée. Selon l'expérience de la vie et compte tenu des connaissances actuelles en matière de médecine des accidents, on peut en effet partir de l'idée, sans procéder à un examen approfondi sur le plan psychique, qu'un accident insignifiant ou de peu de gravité n'est pas de nature à provoquer une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. L'événement accidentel n'est ici manifestement pas propre à entraîner une atteinte à la santé mentale sous la forme, par exemple, d'une dépression réactionnelle. On sait par expérience que de tels accidents, en raison de leur importance minime, ne peuvent porter atteinte à la santé psychique de la victime. Dans l'hypothèse où, malgré tout, des troubles notables apparaîtraient, on devrait les attribuer avec certitude à des facteurs étrangers à l'accident, tels qu'une prédisposition constitutionnelle. Dans ce cas, l'événement accidentel ne constituerait en réalité que l'occasion pour l'affection mentale de se manifester.

c/bb. Lorsque l'assuré est victime d'un accident grave, il y a lieu, en règle générale, de considérer comme établie l'existence d'une relation de causalité adéquate entre cet événement et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. D'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, un accident grave est propre, en effet, à entraîner une telle incapacité. Dans ces cas, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique se révélera la plupart du temps superflue.

c/cc. Sont réputés accidents de gravité moyenne les accidents qui ne peuvent être classés dans l'une ou l'autre des catégories décrites ci-dessus. Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre de tels accidents et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique, il ne faut pas se référer uniquement à l'accident lui-même. Il sied bien plutôt de prendre en considération, du point de vue

objectif, l'ensemble des circonstances qui sont en connexité étroite avec l'accident ou qui apparaissent comme des effets directs ou indirects de l'événement assuré. Ces circonstances constituent des critères déterminants dans la mesure où, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, elles sont de nature, en liaison avec l'accident, à entraîner ou aggraver une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique.

Pour admettre l'existence du lien de causalité adéquate en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut donc prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa; 115 V 403 consid. 5c/aa):

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques;
- la durée anormalement longue du traitement médical;
- les douleurs physiques persistantes;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 129 V 407 consid. 4.4.1 et les références; 115 V 133 consid. 6c/aa). Dans un tel cas, la jurisprudence considère que quatre des critères précités doivent être réunis (arrêts du Tribunal fédéral 8C_897/2009 du 29 janvier 2010, consid. 4.5 ; 8C_487/2009 du 7 décembre 2009, consid. 5). Dans le cas d'un accident de gravité moyenne proprement dit, la réalisation de trois des critères est suffisante (arrêt du Tribunal fédéral BGE 134 V 109 du 3 mai 2012 consid. 6.2.2, arrêt du Tribunal fédéral 8C_897/2009 du 29 janvier 2010, consid. 4.5).

11. En l'espèce, conformément à la jurisprudence fédérale mentionnée ci-dessus, la question du lien de causalité naturelle peut rester ouverte dans la mesure où le lien de causalité adéquate doit quoi qu'il en soit être nié pour les motifs suivants.

Compte tenu du déroulement de l'événement en cause (coup malencontreusement porté lors de la dispute du ballon au cours d'un match de football) et au vu des

précédents jurisprudentiels en la matière (pour mémoire : a notamment été qualifié d'accident de gravité moyenne à la limite des accidents de peu de gravité : la collision entre deux joueurs lors d'une partie de football – ATAS/583/2007 du 8 mai 2007 ; a été qualifié d'accident de gravité moyenne stricto sensu le cas d'un assuré qui, alors qu'il assistait à un match de football, a pratiquement totalement perdu la vision à son œil gauche à la suite d'un projectile tiré par un policier à l'occasion de confrontations entre groupes de supporters – arrêt du Tribunal fédéral U 343/04 du 10 août 2005, consid. 2.2.3), l'accident du 11 décembre 2010 doit au mieux être rangé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne, à la limite des accidents de peu de gravité.

S'agissant des autres critères, il y a lieu de considérer ce qui suit :

- Objectivement considéré et au vu des précédents jurisprudentiels en la matière, l'événement du 11 décembre 2010 n'a pas eu un caractère particulièrement dramatique ou impressionnant. L'adversaire de l'assuré, en manquant le ballon, a porté un coup au niveau du gros orteil du pied gauche de l'assuré.
- L'accident assuré a essentiellement entraîné une fracture de la phalange proximale du gros orteil du pied gauche, ce qui ne constitue pas une lésion propre à entraîner des troubles psychiques selon l'expérience générale de la vie et au vu des précédents jurisprudentiels (voir notamment l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_398/2012 du 6 novembre 2012 consid. 6.2 pour de la casuistique).
- Le traitement médical consistait, à l'exception des interventions chirurgicales des 18 novembre 2011, 16 novembre 2012 et 5 mars 2013, en de la physiothérapie, la prise d'antalgiques et le port de semelles orthopédiques. Il n'était par conséquent objectivement pas continu et lourd. La prise de médicaments antalgiques et la prescription de traitements par manipulations même pendant une certaine durée ne suffisent pas à fonder ce critère (voir arrêt du Tribunal fédéral 8C_383/2013 du 1^{er} avril 2014 consid. 7.2.4 et les références citées).
- Le recourant considère qu'il y a eu erreur dans le traitement médical, en ce sens que le matériel d'ostéosynthèse aurait pu être retiré et remplacé plus rapidement. Il a d'ailleurs porté plainte pour erreur médicale. Cela étant, force est de constater qu'à l'exception du ressenti du recourant, aucune pièce du dossier ne permet de conclure à une erreur dans le traitement médical.
- Une réarthrodèse ayant été rendue nécessaire, on peut considérer que le critère des difficultés apparues au cours de la guérison est rempli.
- Quant aux douleurs physiques persistantes, elles étaient suffisamment importantes et crédibles pour que le médecin d'arrondissement reconnaisse des incapacités de travail jusqu'au 30 avril 2014. Cela étant, les incapacités de travail n'étaient pas continues, le recourant ayant été en mesure, à plusieurs reprises, de reprendre ses activités à 100%. On ne peut dès lors parler de durée assez longue

c. Force est donc de constater que seuls deux des critères énoncés par la jurisprudence sont remplis en l'espèce, sans toutefois revêtir une intensité particulière. Cela est insuffisant pour admettre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident du 11 décembre 2010 et les troubles psychiques dont souffre le recourant.

Partant, c'est à juste titre que l'intimée a refusé de verser des indemnités journalières en raison des troubles psychiques.

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

La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A 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

Le président

Sylvie SCHNEWLIN

Raphaël MARTIN

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