

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 mars 2010

Présidence de M. ABRECHT, juge unique
Greffier : M. Greuter

Cause pendante entre :

W._____, à [...], recourant, représenté par Me Gilles-Antoine Hofstetter,
avocat à Lausanne,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à
Lucerne, intimée.

Art. 6 LAA; 9 al. 2 OLAA

E n f a i t :

A. a) W. _____ (ci-après: l'assuré), né en 1948, est employé de T. _____ SA et à ce titre assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la CNA.

Le 19 octobre 2007, en courant dans la rue pour récupérer un sac qu'il avait oublié, l'assuré a ressenti une vive douleur au-dessus du talon droit.

Le 20 octobre 2007, il a consulté le Dr Q. _____, à [...], qui a constaté une inflammation douloureuse du tendon d'Achille dans sa partie distale, a diagnostiqué une élongation du tendon d'Achille droit, a prescrit du repos, des anti-inflammatoires et des ultrasons et a mis l'assuré en incapacité de travail à 100% du 20 octobre au 14 novembre 2007.

Après avoir recueilli l'avis du Dr P. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin d'arrondissement remplaçant, la CNA a admis sa responsabilité au titre de lésion corporelle assimilée à un accident selon l'art. 9 al. 2 let. e OLAA. Le traitement s'est terminé le 12 novembre 2007. Le 15 novembre 2007, l'assuré a repris son travail en plein.

b) Le 25 mars 2008, l'employeur de l'assuré a annoncé à la CNA une rechute, en indiquant que l'assuré avait ressenti à nouveau de vives douleurs au tendon d'Achille droit en se levant le matin du 12 mars 2008.

L'assuré a consulté le 14 mars 2008 le Dr Q. _____, qui a attesté une incapacité de travail dès cette date jusqu'au 6 avril 2008. A nouveau, des anti-inflammatoires, de la physiothérapie et du repos ont été prescrits. Le diagnostic a été celui de tendinopathie achilléenne droite sur status après élongation du tendon d'Achille. Sous "causalité", le Dr

Q._____ a indiqué que les annonces de 2007 et 2008 avaient probablement un rapport entre elles.

c) Dans un rapport médical du 18 mars 2008 adressé au Dr Q._____, le Dr N._____, spécialiste FMH en radiologie et neuroradiologie, a indiqué qu'une échographie du tendon d'Achille droit effectuée le 17 mars 2008 ensuite d'une recrudescence de douleurs et inflammation du tendon d'Achille après élongation en octobre 2007 avait révélé un "épaississement et aspect relativement hyperintense du tendon d'Achille droit, indiquant une tendinopathie, à contours réguliers, sans déchirure évidente"; il a conclu à une tendinopathie achilléenne droite.

L'assuré a également consulté le Service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil moteur du CHUV. Dans un rapport médical intermédiaire du 6 juin 2008, le Dr K._____, chef de clinique, a fait état d'une tendinite du tendon d'Achille droit et d'un pied plat. Il a indiqué que le traitement instauré devait être continué et qu'il avait aussi prescrit des semelles orthopédiques sur mesure avec effet d'amortisseur de l'arrière-pied.

d) Le 12 juin 2008, le Dr R._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin d'arrondissement de la CNA, a jugé que le cas devait faire l'objet d'investigations complémentaires.

L'assuré a été interrogé par la CNA le 1^{er} juillet 2008, entretien au cours duquel la situation a pu être résumée.

Le 10 juillet 2008, le Dr R._____ a estimé qu'il n'y avait pas de lien de causalité établi en l'occurrence.

B. **a)** Le 14 juillet 2008, la CNA (Lausanne) a rendu une décision par laquelle elle a refusé d'intervenir au motif qu'il n'existait pas de lien de causalité avéré ou probable entre l'événement assimilé à un accident du 19 octobre 2007 et les troubles du membre inférieur droit annoncés.

b) Le 18 juillet 2008, l'assuré s'est adressé à son assureur-maladie, avec copie à la CNA.

c) Le 30 juillet 2008, le Dr V._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin d'arrondissement de la CNA, a opéré une nouvelle appréciation médicale, dont la teneur est la suivante:

"CONSIDERATIONS MEDICALES:

Notre assuré, né en 1948, employé-travailleur chez T._____, en voulant courir dans la rue, a mal au tendon d'Achille à droite le 19.10.2007.

Il consulte le jour suivant le Dr Q._____ qui parle d'une inflammation douloureuse du tendon d'Achille dans sa partie distale et établit le diagnostic d'élongation du tendon d'Achille.

Il est pris en charge par la Suva au titre de lésion assimilée.

Une incapacité de travail est certifiée du 20.10 au 14.11.2007.

Après une période calme, des douleurs réapparaissent le 12.03.2008 associées à une inflammation qui est confirmée par ultrasons.

Un traitement conservateur par anti-inflammatoires et physiothérapie est mis en route.

Examiné au CHUV, on confirme l'indication à un traitement conservateur en association avec des semelles orthopédiques en raison d'un pied-plat.

Par entretien du 01.07.2008, le patient confirme que le port des formes le soulage bien et que le traitement est considéré comme terminé.

APPRECIATION DU CAS:

Cette 'rechute' de mars 2008 est refusée par la Suva.

Il s'ensuit des discussions entre notre assuré et le Dr N._____ concernant le résultat d'une échographie, puis le patient nous fait part des périodes pendant lesquelles il a eu besoin de marcher avec des béquilles.

Dans l'état du dossier, il s'agit classiquement d'une tendinite du tendon d'Achille droit, temporairement décompensée par l'événement du 19.10.2007.

Un traitement conservateur a pu régler le problème et permettre une reprise du travail moins de 4 semaines après.

A presque 6 mois de l'événement initial, il est certain que celui-ci a cessé de déployer ses effets et que le status quo sine doit être considéré comme largement atteint.

L'efficacité des supports plantaires confirme le rôle prépondérant du pied-plat dans la situation inflammatoire du tendon d'Achille.

Je conseille donc de refuser définitivement le cas de W._____ qui ne relève plus de l'assurance accident mais de l'assurance maladie."

d) Le 13 août 2008, l'assuré, représenté par l'avocat Gilles-Antoine Hofstetter, a formé opposition contre la décision de la CNA du 14 juillet 2008. Le 15 septembre 2008, il a produit une attestation médicale établie le 3 septembre 2008 par le Dr Q._____, dont la teneur est la suivante:

"Le médecin soussigné certifie avoir suivi le patient depuis le mois d'octobre 2007 et de l'avoir vu aussi bien pour son accident touchant le tendon d'Achille que pour son épicondylite gauche suite à une chute le 4 janvier 2008 d'une manière régulière toutes les 4 à 8 semaines et que, durant tout ce laps de temps, le patient ne s'est jamais déclaré asymptomatique raison pour laquelle une échographie du tendon d'Achille a été effectuée mi-mars 2008.

Pour le médecin soussigné, il ne fait aucun doute que toute la symptomatologie et la longueur de la symptomatologie qu'a présenté ce patient proviennent du 1^{er} accident d'octobre 2007 au niveau de son tendon d'Achille et, dès janvier 2008 concernant son épicondylite gauche. En aucune façon, il considère qu'il s'est agi de problème non traumatique."

e) Le 20 novembre 2008, le Dr R._____, remplaçant du médecin d'arrondissement de la CNA, a procédé à une appréciation complémentaire dans laquelle il a indiqué ce qui suit:

"CONSIDERATIONS MEDICALES:

Cet assuré déclare le 21.02.2008 des troubles du tendon d'Achille droit qui seraient apparus en voulant courir dans la rue le 19.10.2007.

Un rapport du Dr Q._____ du 07.03.2008 indique que l'assuré a ressenti de violentes douleurs au-dessus du talon droit en courant. Il retient un diagnostic d'élongation du tendon d'Achille droit.

Un rapport du 11.04.2008 fait état de l'apparition de douleurs pendant la nuit au niveau du tendon d'Achille distal, sans événement déclenchant précis. Un diagnostic de tendinopathie achilléenne droite est retenu par le Dr Q._____.

L'assuré est adressé au Service d'orthopédie du CHUV où on pose un diagnostic de pied-plat et de tendinite du tendon d'Achille.

Il ressort également d'un rapport d'entretien avec l'assuré qu'à la suite de l'apparition initiale des douleurs, suite à une course, la situation s'était entièrement amendée après des séances d'ultrasons, l'assuré ayant pu reprendre le travail en plein le

15.10.2007 sans rencontrer de problème à la marche. Il déclarait explicitement qu'il ne ressentait plus son tendon. Ce n'est que près de 4 mois plus tard, soit dans la nuit du 12 au 13.03.2008, sans événement déclenchant précis, qu'il est réveillé par une douleur vive avec une légère enflure du tendon d'Achille.

Un rapport d'échographie du 18.03.2008 décrit une tendinopathie à contours réguliers sans déchirure évidente.

En date du 30.07.2008, le Dr V. _____ récapitule le cas dans une appréciation médicale et conclut qu'à 6 mois de l'événement initial, ce dernier a cessé de déployer ses effets.

L'assuré fait opposition à la décision de la Suva.

Une attestation médicale du Dr Q. _____ du 03.09.2008 indique que l'assuré présente également une épicondylite gauche et attribue les douleurs du tendon d'Achille à 'l'accident d'octobre 2007'.

APPRECIATION COMPLEMENTAIRE

Nous précisons, en ce qui nous concerne, que l'événement au cours duquel l'assuré a présenté pour la première fois des troubles douloureux achilléens n'a pas été reconnu comme un accident par la Suva.

La course dans la rue au cours de laquelle le tendon était devenu symptomatique avait assez généreusement été admise par la Suva comme événement assimilé à un accident.

Le rapport inaugural du Dr Q. _____ proposait un diagnostic d'élongation du tendon d'Achille que le médecin d'arrondissement avait admis en tant que lésion assimilée.

Nous rappellerons ici que seules les déchirures de tendons sont prises en charge à titre de lésions assimilées à un accident selon la liste exhaustive de l'art. 9.2. En l'occurrence, une élongation du tendon d'Achille, si elle n'est pas accompagnée de déchirure, n'entre pas dans la catégorie de lésions assimilées à un accident sensu strictu.

On peut dès lors s'interroger sur le bien-fondé de la prise en charge inaugurale du cas par la Suva.

Nous soulignerons ensuite que l'échographie du 18.03.2008 a permis d'exclure à un degré probant l'existence d'une déchirure tendineuse imputable à l'événement du 19.10.2007.

Le rapport d'entretien avec l'assuré fait par ailleurs clairement état d'un intervalle asymptomatique de plusieurs semaines avant la récurrence douloureuse, ce qui permet a fortiori, d'exclure toute causalité entre les troubles actuels et l'événement banal du 19.10.2007 (course dans la rue).

Les troubles présentés actuellement par cet assuré sont à mettre en relation avec une affection malade inflammatoire du tendon qui s'est manifestée lors de la course dans la rue du 19.10.2007 mais qui, selon toute vraisemblance, serait tôt ou tard devenue symptomatique même en l'absence de cet événement."

f) Par décision sur opposition du 28 novembre 2008, la CNA a rejeté l'opposition. Exposant qu'était seule litigieuse en l'occurrence la question de savoir si les troubles du talon droit ayant entraîné une incapacité de travail du 14 mars au 6 avril 2008 et un traitement dès le 14 mars 2008 engageaient sa responsabilité, elle a considéré - après avoir rappelé les dispositions légales pertinentes et la jurisprudence topique - que tel n'était pas le cas, pour les motifs suivants:

"4.

Le Dr R. _____, médecin d'arrondissement, en date du 10 juillet 2008, a conclu à l'absence de causalité entre l'événement du 19 octobre 2007 et les troubles ressentis par l'assuré en mars 2008. Le Dr V. _____, autre médecin d'arrondissement, dans son rapport du 30 juillet 2008, a confirmé l'avis de son confrère et énoncé qu'à presque six mois de l'événement initial, il est certain que celui-ci a cessé de déployer ses effets et que le statu quo sine doit être considéré comme largement atteint. Le fait que le médecin-traitant sans fournir aucun argument prétend que toute la symptomatologie au niveau du tendon d'Achille constitue un problème traumatique ne suffit pas pour engager la responsabilité de la Suva. A ce propos, il paraît utile de rappeler que le principe 'post hoc, ergo propter hoc' (après celui-ci, donc à cause de celui-ci) ne saurait être considéré comme un moyen de preuve et ne permet pas d'établir un lien de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante exigé en matière d'assurance-accidents (ATF 119 V 341, cons. 2b/bb).

5.

Pour ne rien laisser au hasard, le dossier a encore été soumis au Dr R. _____, lequel, en date du 20 novembre 2008, s'est interrogé sur le bien-fondé de la prise inaugurale du cas par la Suva vu que selon l'art. 9 al. 2 OLAA seules les déchirures de tendon constituent des lésions assimilées à un accident alors qu'en l'espèce le Dr Q. _____ a diagnostiqué une simple élongation. En outre, l'échographie du 18 mars 2008 a permis d'exclure à un degré probant l'existence d'une déchirure tendineuse imputable à l'événement du 19 octobre 2007. Sur le plan juridique, il faudrait également se poser la question de savoir si le fait de courir gentiment constitue bel et bien un événement qui s'inscrit dans le cadre d'une sollicitation du corps physiologiquement plus élevée que la normale et dépassant ce qui est normalement maîtrisé du point de vue psychologique. Quoi qu'il en soit, le rapport d'entretien avec l'assuré fait état d'un intervalle asymptomatique de plusieurs semaines avant la récurrence douloureuse, ce qui permet selon le Dr R. _____ d'exclure a fortiori toute causalité entre les troubles actuels et l'événement banal du 19 octobre 2007. Les troubles sont à mettre en relation avec une affection malade inflammatoire du tendon qui s'est manifestée lors de la course dans la rue mais qui, selon toute vraisemblance, serait tôt ou tard devenue symptomatique même en l'absence de cet événement.

6.

Dans le cadre de la présente procédure, la Suva renonce à examiner si les conditions pour revenir sur la prise en charge du cas initial sont remplies. En l'absence de motif permettant de mettre en doute les conclusions des Dr R. _____ et V. _____, force il y a lieu de conclure que c'est à juste titre que la Suva Lausanne a refusé de verser les prestations pour troubles ayant nécessité une incapacité de travail et des soins dès le 14 mars 2008."

C. a) L'assuré recourt contre cette décision sur opposition par acte du 15 janvier 2009. Il se réfère à l'attestation médicale du Dr Q. _____ du 3 décembre (*recte*: septembre) 2008 (cf. lettre B.d supra), selon laquelle le patient ne s'est jamais déclaré asymptomatique et toute la symptomatologie provient de l'accident d'octobre 2007. En outre, il se réfère à une lettre adressée le 13 janvier 2009 à son conseil par le Dr N. _____, dans laquelle ce spécialiste a indiqué ce qui suit:

"En réponse à votre aimable courrier du 05 janvier 2009 et puisque vous me jugez juridiquement compétent, je vous confirme 'la relation de causalité entre l'accident et les troubles d'origine traumatique' de W. _____.

En effet, il est de toute évidence traumatique, la moindre lésion ligamentaire ou tendineuse fut-ce une minime élongation."

Selon le recourant, c'est à tort que la CNA exclut à la base toute lésion assimilable à un accident, le Dr N. _____ ayant constaté la présence d'une déchirure traumatique du tendon d'Achille. Les appréciations divergentes entre les deux médecins de la CNA d'une part et les Drs Q. _____ et N. _____ d'autre part imposent un complément d'instruction. Cela vaut d'autant plus que l'on se trouve en présence d'une rechute respectivement de séquelles tardives au sens de l'art. 11 OLAA. Le recourant demande à titre de mesures d'instruction l'audition du Dr N. _____ et se réserve de solliciter le cas échéant la mise en œuvre d'une expertise médicale. Il conclut à la réforme de la décision attaquée en ce sens que la CNA est tenue de prendre en charge les suites de la rechute du 12 mars 2008, subsidiairement à l'annulation de cette décision.

b) Dans sa réponse du 13 février 2009, la CNA relève que les parties s'accordent à dire que seul est litigieux en l'espèce le point de

savoir si les troubles au talon droit du recourant relèvent d'un accident ou sont assimilables à un tel événement. Le recourant soutient que le Dr N._____ aurait constaté une déchirure traumatique du tendon d'Achille et la relation de causalité avec les troubles actuels, ce que confirmerait le Dr Q._____. Or les postulats de ces deux médecins ne sont pas étayés par des éléments suffisamment objectifs. Les médecins de la CNA ont procédé à une analyse plus approfondie de la situation, et rien ne permet de remettre en cause leurs constatations. L'on est très vraisemblablement en présence d'une affection malade chronique, ce qui ne permet pas pour autant d'admettre une relation de causalité entre les troubles du talon et le seul événement du 19 octobre 2007. De l'avis de la CNA, il n'est pas nécessaire de procéder à des investigations complémentaires qui n'apporteraient à l'évidence pas d'élément décisif supplémentaire.

c) Dans sa réplique du 12 mars 2009, le recourant soutient que le Dr Q._____ est parfaitement clair dans ses explications, notamment dans son rapport du 3 décembre 2008, dans lequel il déclare qu'il ne fait aucun doute que la symptomatologie présentée par le recourant provient de l'accident du mois d'octobre 2007 s'agissant de son tendon d'Achille et, dès janvier 2008, de son épicondylite gauche; ce praticien relève au surplus que le recourant ne s'est jamais déclaré asymptomatique avant l'accident, ce qui constitue une fois encore un indice déterminant dans l'appréciation du cas. Selon le recourant, l'affirmation péremptoire de la CNA sur le caractère fouillé de son analyse du dossier reviendrait à ôter toute crédibilité à la valeur concluante des appréciations médicales émanant des services de l'intimée qui, contrairement au médecin traitant du recourant, n'auraient jamais eu de prise de position claire et sans ambiguïté dans le cas particulier. Enfin, le recourant souligne qu'à l'appréciation du Dr Q._____ s'ajoute celle du Dr N._____, qui a lui aussi confirmé l'origine traumatique des troubles au tendon d'Achille du recourant et a par ailleurs fait état noir sur blanc d'une déchirure du tendon d'Achille, lésion qui relève de l'art. 9 al. 2 OLAA; selon le recourant, on ne voit guère ce que pourrait rajouter à ce propos le Dr N._____. Pour ces motifs, l'existence d'une affection malade chronique dont se prévaut la CNA devrait être exclue en l'espèce.

d) Le 16 mars 2009, le juge instructeur a informé les parties que, le dossier apparaissant complet sur le plan médical, des mesures d'instruction complémentaires ne paraissaient pas nécessaires, de sorte que sauf requête formelle tendant à de telles mesures, la cour statuerait en l'état du dossier dès que l'état du rôle le lui permettrait.

e) Le 25 mars 2009, la CNA a maintenu que la déchirure du tendon alléguée par le recourant n'est pas établie, comme elle l'avait relevé dans sa décision sur opposition et dans sa réponse au recours. De son avis, il n'est pas nécessaire d'entreprendre des investigations médicales complémentaires, qui ne seraient pas à même d'apporter d'élément nouveau sur cette question.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile - compte tenu des feries judiciaires de fin d'année (art. 38 al. 4 let. c et 60 al. 2 LPGA) - auprès du tribunal compétent eu égard au domicile du recourant à [...], est donc recevable.

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La

Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). Vu la valeur litigieuse manifestement inférieure à 30'000 fr. – le litige portant sur le point de savoir si le recourant a droit à des prestations d'assurance pour les troubles du talon droit qui ont entraîné une incapacité de travail du 14 mars au 6 avril 2008 et nécessité un traitement dès le 14 mars 2008 –, la cause est de la compétence du juge instructeur statuant en tant que juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Est réputé accident 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 LPGGA).

b) L'art. 6 al. 2 LAA prévoit que le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. En vertu de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents; RS 832.202), selon lequel certaines lésions corporelles sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. Ces lésions corporelles sont les suivantes:

- a. les fractures;
- b. les déboîtements d'articulations;
- c. les déchirures du ménisque;
- d. les déchirures de muscles;
- e. les élongations de muscles;
- f. les déchirures de tendons;
- g. les lésions de ligaments;
- h. les lésions du tympan.

Cette liste est exhaustive (ATF 116 V 136, consid. 4a; 145, consid. 2b). La notion de lésion corporelle assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. L'assureur-accidents doit ainsi assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait souvent être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, tout au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 129 V 466). Il faut qu'un facteur extérieur soit une cause possible de la lésion, au moins à titre partiel, pour qu'une lésion assimilée à un accident soit admise (TF 8C_698/2007 du 27 octobre 2008, consid. 4.2, et les références).

c) Le droit à des prestations découlant d'un événement assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge 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;

402, consid. 4.3.1; 119 V 335, consid. 1; 118 V 286, consid. 1b, et les références).

Le droit à des prestations découlant d'un événement assuré suppose également, outre un lien de causalité naturelle, un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé (ATF 129 V 402, consid. 4.4.1 *in limine*). Selon la jurisprudence, 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 129 V 177, consid. 3.2; 402, consid. 2.2; 125 V 456, consid. 5a, et les références). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 118 V 286, consid. 3a).

d) 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 assuré; les prestations d'assurance sont donc également versées en cas de rechutes ou de séquelles (art. 11 OLAA; pour les titulaires d'une rente de l'assurance-accidents, art. 21 LAA; TF 8C_269/2008 du 27 octobre 2008, consid. 2.2; 8C_1023/2008 du 1^{er} décembre 2009, consid. 5.3). Selon la jurisprudence, il y a rechute lorsqu'une atteinte présumée guérie récidive, de sorte qu'elle conduit à un traitement médical ou à une (nouvelle) incapacité de travail (TF 8C_269/2008 du 27 octobre 2008, consid. 2.2; 8C_1023/2008 du 1^{er} décembre 2009, consid. 5.3). Les rechutes se rattachent par définition à un événement accidentel; corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'événement assuré (ATF 118 V 293, consid. 2c, et les références; RAMA 1994 n° U 206 p. 327, consid. 2; TF 8C_269/2008 du 27 octobre 2008, consid. 2.2). A cet égard, la jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve, au degré de vraisemblance

prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères, sous réserve de lésions structurelles claires (TFA U 211/05 du 11 avril 2006, consid. 2 *in fine*, et les références, notamment RAMA 1997 n° U 275 p. 188, consid. 1c *in fine*).

e) L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351, consid. 3a, et les références citées; 134 V 231, consid. 5.1; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1).

Selon la jurisprudence, les rapports des médecins des assureurs peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351, consid. 3b/ee, et les références citées; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009, consid. 3.3.2; 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). Par ailleurs, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de

confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc, et les références citées; Pratique VSI 2001 p. 106, consid. 3b/bb et cc).

3. a) En l'espèce, il convient tout d'abord de relever que lors de la consultation qui a eu lieu le lendemain de l'événement du 19 octobre 2007, le Dr Q._____ a diagnostiqué une élongation du tendon d'Achille droit (cf. lettre A.a supra). Ce diagnostic a été confirmé par la suite. Une déchirure du tendon d'Achille n'a jamais été établie et peut au contraire être exclue au degré de vraisemblance prépondérante. En effet, dans son rapport médical du 18 mars 2008 adressé au Dr Q._____, le Dr N._____, spécialiste FMH en radiologie et neuroradiologie, a indiqué que l'échographie du tendon d'Achille droit effectuée le 17 mars 2008 avait révélé un "épaississement et aspect relativement hyperintense du tendon d'Achille droit, indiquant une tendinopathie, à contours réguliers, sans déchirure évidente"; il a conclu à une tendinopathie achilléenne droite (cf. lettre A.c supra). Force est dès lors de constater que c'est assez généreusement que, dans le cadre de l'événement du 19 octobre 2007, cette lésion a été admise par la CNA comme lésion corporelle assimilée à un accident. En effet, la liste exhaustive de l'art. 9 al. 2 OLAA ne mentionne que les déchirures de tendons (let. c), les élongations de tendons - à la différence des élongations de muscles (cf. let. d et e) - n'étant ainsi pas prises en charge à titre de lésions assimilées (cf. consid. 2b supra).

b) Cela étant, le litige porte sur le point de savoir si les troubles au talon droit dont l'assuré s'est plaint - sans événement déclenchant particulier - dès le 12 mars 2008, et qui ont entraîné une incapacité de travail du 14 mars au 6 avril 2008 ainsi qu'un traitement dès le 14 mars 2008, peuvent être considérés, au degré de vraisemblance prépondérante, comme étant en relation de causalité naturelle avec l'événement du 19 octobre 2007. Or sur ce point, tant le Dr V._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin d'arrondissement de la CNA, dans son rapport du

30 juillet 2008 (cf. lettre B.c supra), que le Dr R._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, remplaçant du médecin d'arrondissement de la CNA, dans son rapport du 20 novembre 2008 (cf. lettre B.e supra), ont considéré, à l'issue d'un examen complet du cas et d'une discussion parfaitement étayée, que les troubles présentés dès le 12 mars 2008 n'étaient pas en relation de causalité naturelle avec l'événement du 19 octobre 2007, mais devaient être mis en relation avec une affection malade inflammatoire du tendon, soit une tendinite du tendon d'Achille droit, temporairement décompensée par l'événement du 19 octobre 2007.

c) Les rapports médicaux des Drs V._____ et R._____ remplissent toutes les exigences posées par la jurisprudence pour qu'une pleine valeur probante puisse leur être accordée (cf. consid. 2e supra). Ils expliquent de manière convaincante les raisons pour lesquelles il y a lieu de considérer qu'à presque six mois de l'événement initial, une relation de causalité entre cet événement et les troubles présentés dès le 12 mars 2008 peut être exclue au degré de vraisemblance prépondérante, en l'absence de lésions structurelles claires (cf. consid. 2d *in fine* supra). En effet, il résulte du procès-verbal d'entretien du 1^{er} juillet 2008 (cf. lettre A.d supra) qu'à la reprise du travail à plein le 15 novembre 2007, le recourant ne ressentait plus son tendon, et qu'il a pu depuis ce moment, et jusqu'à l'apparition de nouvelles douleurs le 12 mars 2008, retravailler tout à fait normalement sans rencontrer de problèmes à la marche; dans ces conditions, l'attestation établie le 3 septembre 2008 - à l'appui de l'opposition de l'assuré - par le Dr Q._____, selon laquelle le recourant ne se serait jamais déclaré asymptomatique depuis l'événement du 19 octobre 2007 (cf. lettre B.d supra), ne saurait se voir reconnaître de valeur probante. Par conséquent, force est de conclure à l'absence de lien de causalité naturelle entre l'événement du 19 octobre 2007 et les troubles présentés dès le 12 mars 2008, cette conclusion étant corroborée par le fait, relevé par le Dr V._____ (cf. lettre B.c supra), que l'efficacité des supports plantaires prescrits par le Service d'orthopédie du CHUV (cf. lettre A.c supra) confirme le rôle prépondérant du pied-plat dans la situation inflammatoire du tendon d'Achille.

d) La simple affirmation non étayée du Dr Q._____, médecin traitant, selon laquelle toute la symptomatologie au niveau du tendon d'Achille constitue un problème traumatique (cf. lettre B.d supra) ne peut qu'être écartée au vu des rapports parfaitement motivés des Drs V._____, et R._____. Il en va de même de la lettre du Dr N._____, qui se borne à affirmer que la moindre lésion ligamentaire ou tendineuse, fût-ce une simple élongation, a nécessairement une origine traumatique (cf. lettre C.a supra). En effet, la question n'est pas de savoir si l'élongation du tendon d'Achille diagnostiquée au lendemain de l'événement du 19 octobre 2007 a une origine traumatique - ce qui n'est pas contesté - mais bien si les troubles présentés dès le 12 mars 2008 sont en lien de causalité naturelle avec cet événement, ce qui doit être nié pour les raisons exposées ci-dessus.

e) En l'absence de lien de causalité naturelle entre les troubles présentés dès le 12 mars 2008 et l'événement du 19 octobre 2007, c'est à bon droit que la CNA a refusé d'allouer des prestations.

4. a) Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision sur opposition attaquée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 55 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
le juge unique
p r o n o n c e :**

I. Le recours est rejeté.

II. La décision sur opposition rendue le 28 novembre 2008 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.

III. Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens.

Le juge unique:

Le greffier:

Du

L'arrêt qui précède est notifié à:

- Me Gilles-Antoine Hofstetter (pour W. _____),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier: