

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 4 août 2025

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
M. Neu, juge, et M. Gutmann, assesseur
Greffière : Mme Cuérel

Cause pendante entre :

W._____, à [...], recourant, représenté par Me Jana Burysek, avocate à Lausanne,

et

Z._____**SA**, à [...], intimée, représentée par Me Michel D'Alessandri, avocat à Genève.

Art. 4 LPGA ; 6 al. 1 et 2 let. f LAA

E n f a i t :

A. W._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 19[...], travaille en qualité de [...] auprès de l'[...] depuis le 1^{er} juillet 2007. À ce titre, il est assuré obligatoirement contre les accidents professionnels et non-professionnels auprès de Z._____SA (ci-après : [...] ou l'intimée).

Le 19 novembre 2023, il s'est blessé au talon d'Achille gauche, lors d'une partie de tennis. Il s'est immédiatement rendu au Service des urgences du C._____ (ci-après : [...]). Par rapport de sortie du lendemain, la Dre Q._____, médecin assistante, a indiqué que l'assuré, alors qu'il avait pris appui sur sa jambe gauche, avait ressenti un bruit de claquement et une douleur évaluée à 10 sur 10. Elle a diagnostiqué une déchirure du tendon d'Achille au vu de la radiographie réalisée le même jour. Elle a octroyé un arrêt de travail à 100% du 20 au 24 novembre 2023.

Par rapport du 21 novembre 2023, établi à la suite de l'imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) du même jour, la Dre B._____, médecin spécialiste en radiologie à la Clinique G._____, a décrit une rupture complète et transfixiante du tendon d'Achille à son tiers moyen, d'orientation complexe. Le tendon était ondulé et infiltré dans son segment distal avec un enthésophyte de son insertion calcanéenne. Il y avait une ossification intratendineuse de six millimètres sur le site de la rupture.

Par déclaration de sinistre LAA du 22 novembre 2023, Z._____SA a été informée de l'événement du 19 novembre 2023. Il y était indiqué que l'assuré avait subi un claquage lors d'un match de tennis. Sur un démarrage, la cheville gauche avait lâché.

Lors d'une consultation du 22 novembre 2023, les Drs F._____ et L._____, médecins spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, ont proposé une prise en charge chirurgicale, sous la forme d'une arthroscopie postérieure de la cheville et

de la sous-talienne et d'un transfert arthroscopique du tendon fléchisseur propre de l'hallux gauche. L'intervention a été fixée au 27 novembre 2023.

Répondant à une sollicitation de la Clinique G._____ par courrier électronique du 24 novembre 2023, Z._____SA a indiqué qu'elle n'était pas en mesure de confirmer la garantie de prise en charge pour l'opération envisagée, faute de renseignements médicaux. Elle a requis le dossier y relatif pour soumission à son médecin-conseil.

Répondant aux questions de Z._____SA par rapport du 1^{er} décembre 2023, le Dr R._____, médecin d'assurance spécialiste en chirurgie, a confirmé que l'atteinte subie correspondait à une lésion corporelle assimilée à un accident. Selon lui, la déchirure était due de manière prépondérante à l'usure. Se référant à la littérature médicale, il a expliqué que la rupture du tendon d'Achille était une pathologie du sportif qui survenait spontanément au cours d'une activité sportive avec changements d'appuis rapides et le plus souvent lors d'un effort brutal, au démarrage ou lors d'un saut, le tennis étant l'un des sports prédestinés. Une rupture au tiers moyen, comme chez l'assuré, était typique d'une blessure provenant d'une surcharge aiguë. C'était un argument déterminant pour retenir qu'elle était due de façon prépondérante à l'usure, ce d'autant qu'il y avait une ossification intratendineuse de six millimètres sur le site de la rupture, signant des phénomènes dégénératifs au sein de ce tendon. Il en a conclu qu'il était pour le moins probable que l'atteinte présentée soit due à la maladie et à l'usure.

Le 14 décembre 2023, répondant aux questions soumises par Z._____SA, l'assuré a précisé que pendant une partie de tennis, sur un retour de service, il avait senti son pied gauche rester en arrière avec un grand claquement, puis une douleur intense. Il était alors tombé par terre. Il ne s'était rien produit de particulier tels qu'un coup, une chute ou une glissade. Il n'avait jamais présenté de douleurs à la partie du corps concernée avant cet incident.

Par décision du 19 décembre 2023, Z._____SA a nié le droit de l'assuré à des prestations de l'assurance-accidents, au motif que l'atteinte _____ subie _____ le 19 novembre 2023 constituait une lésion assimilée due de manière prépondérante à l'usure.

Le 30 janvier 2024, par l'intermédiaire de son assurance de protection juridique, l'assuré a formé opposition contre cette décision. Admettant qu'il avait subi une lésion corporelle assimilée à un accident, il a toutefois contesté que celle-ci était due de manière prépondérante à l'usure. Il a remis en cause la valeur probante de l'avis du Dr R._____, faisant valoir qu'il comportait des erreurs, que son appréciation était insuffisamment motivée, qu'il n'était pas un médecin spécialisé en chirurgie orthopédique et qu'il ne l'avait pas examiné avant d'établir son rapport. Il a également souligné l'absence d'antécédents médicaux avant l'événement _____ du 19 novembre 2023. Même à supposer l'existence de phénomènes dégénératifs préexistants, aucun élément au dossier ne permettait d'admettre qu'ils auraient joué un rôle prépondérant dans la blessure subie. À l'appui de son opposition, il a produit les réponses du Dr L._____ du 18 janvier 2024 aux questions de sa protection juridique, lequel a notamment affirmé que l'arrachement osseux par une partie des fibres du tendon d'Achille gauche au niveau de la tubérosité calcanéenne était un signe indubitable du caractère traumatique, le fragment osseux n'étant pas intratendineux, mais ayant migré depuis le calcanéum.

Par rapport du 5 mars 2024, le Dr R._____ a confirmé qu'il s'agissait bien du tendon d'Achille gauche et non droit. Rappelant que pour lui, l'IRM du 21 novembre 2023 montrait que la rupture avait eu lieu au niveau du tiers moyen avec une ossification intratendineuse de six millimètres au niveau du site de rupture et un enthésophyte (ossification d'origine dégénérative) à son insertion calcanéenne, il a constaté que le Dr F._____ n'en avait pas la même interprétation. Si l'interprétation du chirurgien était juste, la rupture n'était pas due de manière prépondérante

à l'usure. Il a proposé de soumettre les imageries à un radiologue pour un avis supplémentaire.

Par rapport médical du 23 avril 2024, la Dre S._____, médecin en radiologie au Service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle du C._____, a constaté que les radiographies de la cheville gauche du 20 novembre 2023 mettaient en évidence une rupture du tendon d'Achille gauche avec un arrachement osseux au niveau de l'insertion tendineuse calcanéenne.

Le Dr P._____, médecin spécialiste en radiologie, a répondu aux questions de Z.____ SA par courrier du 15 juin 2024. Il a affirmé que _____ l'IRM _____ du 21 novembre 2023 montrait une rupture complète du tendon d'Achille à environ 5,8 millimètres de son insertion. Immédiatement à proximité de la rupture, il y avait à l'intérieur du tendon un ossicule de 8 millimètres de long et 4 millimètres de diamètre transversal, corticalisé sur tout le pourtour et exempt d'irritation, également visible sur les radiographies du 20 novembre 2023. Cette rupture était, selon toute vraisemblance, principalement voire exclusivement due à l'usure. Plusieurs constatations plaidaient en faveur de cette hypothèse. Le tendon d'Achille allongé, gonflé et en forme de fuseau bien au-delà de la zone déchirée et présentant un signal altéré, étaient des éléments exprimant une tendinose sévère. Le fait qu'il n'y avait pas d'effilochage du tendon au niveau de la déchirure indiquait que celle-ci s'était produite de manière continue sur une longue période et non lors d'un événement unique avec l'application d'une force importante. L'ossicule visible était la conséquence d'une tendinopathie ossifiante. La grande apposition tendopériostée visible sur le calcanéum au niveau de l'insertion du tendon témoignait d'une grave sténose d'insertion préexistante depuis longtemps. Le muscle triceps sural et le muscle soléaire étaient engraisés et œdémateux, résultats fréquemment rencontrés lors de problèmes chroniques du tendon d'Achille. La comparaison avec les muscles antérieurs de la jambe, qui présentaient une adiposité minime à peine décelable, montrait bien que le

dépôt graisseux en question n'était pas lié à l'âge. La présence de liquide dans la bourse sous-achilléenne en quantité supérieure à la norme était l'expression d'une bursite, pathologie plutôt rare à cet endroit, ce qui était également le signe d'un état dégénératif. À cela s'ajoutait que pour déchirer un tendon d'Achille il fallait des forces dépassant le poids d'un homme adulte normale, forces bien plus importantes que celles nécessaires pour produire des déchirures étendues du muscle triceps sural et/ou une fracture par avulsion de l'insertion du tendon sur le calcaneum. Dans la mesure où l'IRM ne montrait pas de telles lésions, il fallait dès lors supposer que le tendon s'était déjà déchiré sous une petite charge, probablement de tous les jours. Cela signifiait que la résistance à la déchirure du tendon était déjà réduite de 50% au moment de l'apparition de la déchirure. La présence d'un hématome le long du bord dorsal du muscle triceps sural n'indiquait en aucun cas une origine traumatique, car toute rupture du tendon d'Achille, qu'elle soit d'origine traumatique ou dégénérative, entraînait une déchirure du tissu péri-tendineux provoquant des saignements. Il en a conclu que selon toute vraisemblance, la rupture était principalement, voire exclusivement, due à l'usure.

Par rapport du 11 juillet 2024, le Dr R. _____ a confirmé que la déchirure du tendon était due de manière prépondérante à l'usure.

Par décision sur opposition du 23 juillet 2024, Z. _____ SA a confirmé sa décision de refus de prester, compte tenu des avis des Drs P. _____ et R. _____.

B. Par acte du 17 septembre 2024, W. _____, représenté par son conseil, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois, en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à sa réforme en ce sens que des prestations lui soient octroyées à la suite de l'accident survenu le 19 novembre 2023, subsidiairement à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à Z. _____ SA pour nouvelle décision. Il a en substance fait valoir que l'intimée avait considéré à tort que sa blessure était due de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie. Il a requis la mise en

œuvre d'une expertise médicale par un spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique et a produit un lot de pièces.

Par réponse du 15 octobre 2024, l'intimée, sous la plume de son conseil, a conclu au rejet du recours, faisant valoir qu'elle avait démontré à satisfaction de droit que la lésion du recourant était due de manière prépondérante à l'usure ou la maladie.

Le recourant a répliqué le 18 novembre 2024. Il a produit un rapport médical des Drs F. _____ et L. _____ du 1^{er} octobre 2024.

L'intimée a dupliqué le 27 novembre 2024.

Le recourant a déposé des déterminations spontanées le 6 décembre 2024.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'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 peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, le recours a été déposé auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) en temps utile, compte tenu des fêtes estivales et du report de l'échéance du délai, tombant le Lundi du Jeûne fédéral, au lendemain (cf. art. 38 al. 3 et 4 let. b LPGA). Respectant pour le surplus les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le bienfondé du refus de prise en charge du cas à la suite de la rupture du tendon d'Achille.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

L'art. 4 LPGA définit l'accident comme 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. La notion d'accident repose donc sur cinq éléments, ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable à la santé, le caractère soudain de l'atteinte, son caractère involontaire, un facteur extérieur et le caractère extraordinaire de ce facteur extérieur (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1). En outre, l'atteinte doit s'inscrire dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec le facteur extérieur extraordinaire.

b) Par facteur extérieur, il faut comprendre une cause externe et non interne au corps humain (ATF 142 V 219 consid. 4.3.2 ; 139 V 327 consid. 3.3.1 ; pour une casuistique : TF 8C_235/2018 du 16 avril 2019 consid. 6.2). La cause extérieure peut être d'origine mécanique (un choc, une chute, etc.), électrique (une électrocution, par exemple), chimique (l'émanation de vapeurs toxiques, par exemple), thermique (une explosion, une brûlure provoquée par de l'eau bouillante ou des jets de vapeur, etc.) ou encore ionisante (des radiations, par exemple ; ATF 150 V 229 consid. 4.4.1 ; TF 8C_337/2024 du 29 novembre 2024 consid. 4).

Par ailleurs, le caractère extraordinaire de l'atteinte ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Dès lors, il importe peu que le facteur extérieur ait entraîné des conséquences graves ou inattendues. Il est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède, dans le cas particulier, le cadre des événements et des situations que l'on peut, objectivement, qualifier de quotidiens ou d'habituels, autrement dit des incidents et péripéties de la

vie courante (ATF 150 V 229 consid. 4.1.1 ; 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 134 V 72 consid. 4.1.1 et 4.3.1 ; Stéphanie Perrenoud, in : Anne-Sylvie Dupont/Margit Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 25 ad art. 4 LPGA). L'existence d'un facteur extérieur extraordinaire générant un risque de lésion accru doit être admise lorsqu'un geste quotidien représente une sollicitation du corps plus élevée que ce qui est physiologiquement normal ou psychologiquement contrôlé (Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Soziale Sicherheit, Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Vol. XIV, 3^e éd., Bâle 2016, n° 88 p. 922).

c) En cas de lésions dues à des mouvements du corps, l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire est en principe admise lorsque le déroulement naturel du mouvement est interrompu ou modifié par un empêchement « non programmé », lié à l'environnement extérieur, tel le fait de glisser, de s'encoupler, de se heurter à un objet ou d'éviter une chute, ou encore lorsque la personne assurée exécute ou tente d'exécuter un mouvement par réflexe pour rattraper un objet ou une chute (ATF 130 V 117 consid. 2.1 ; TF 8C_438/2024 du 18 mars 2025 consid. 3.3.1 ; Perrenoud, op. cit., n° 30 ad art. 4 LPGA ; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 97 p. 923s.).

S'agissant des lésions qui surviennent lors de la pratique d'un sport, un événement accidentel doit être nié lorsque et dans la mesure où le risque inhérent à l'exercice sportif en cause se réalise. En d'autres termes, le caractère extraordinaire de la cause externe doit être réfuté si l'atteinte à la santé se produit alors que le sport est exercé sans que survienne un incident particulier, la notion d'accident n'étant réalisée que si l'exercice sportif se déroule autrement que ce qui est prévu (TF 8C_159/2023 du 9 novembre 2023 consid. 3.3 et la référence ; TF 8C_719/2019 du 5 novembre 2020 consid. 3.2 et la référence ; Perrenoud, op. cit., n° 30 ad art. 4 LPGA ; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 100 p. 925s.).

d) En l'espèce, il résulte de la déclaration d'accident LAA du 22 novembre 2023 que le recourant disputait un match de tennis, lorsque sa cheville gauche a lâché sur un démarrage. Il en est résulté une rupture complète du tendon d'Achille. L'intéressé a précisé, dans un questionnaire complété le 14 décembre 2023, que sur un retour de service, il avait senti son pied gauche rester en arrière avec un grand claquement accompagné d'une douleur intense puis était tombé. Aucun incident particulier ne s'était produit.

La description constante faite par le recourant de l'événement du 19 novembre 2023 ne comprend aucun facteur extérieur extraordinaire qui aurait pu causer sa blessure. Il n'a pas glissé, ne s'est pas encoublé, ne s'est heurté à aucun objet et n'a pas tenté d'éviter une chute. Le recourant n'a au demeurant développé aucun argument pour soutenir la thèse d'un accident.

Partant, il est établi que l'événement du 19 novembre 2023 ne constitue pas un accident au sens de l'art. 4 LPGA. Il convient dès lors d'examiner si les lésions subies ne constitueraient pas des lésions assimilées à un accident au sens de l'art. 6 al. 2 LAA (ATF 146 V 51 consid. 9.1 ; TF 8C_459/2019 du 11 septembre 2020 consid. 5.1).

4. a) Aux termes de l'art. 6 al. 2, let. f LAA, l'assurance-accidents alloue ses prestations en cas de déchirures de tendons, pour autant que la lésion en cause ne soit pas due de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie. Lorsqu'une telle lésion est constatée à la suite d'un événement même banal, l'assurance-accidents est en principe tenue de prester ; la preuve que l'atteinte a été causée par un facteur extérieur extraordinaire, au sens de l'art. 4 LPGA, n'est pas nécessaire. L'assurance-accidents est toutefois libérée de son obligation de prester s'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la lésion est due à plus de 50 % à une atteinte malade ou dégénérative (ATF 146 V 51 consid. 8.6 ; TF 8C_13/2021 du 6 septembre 2021 consid. 2.2).

b) Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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 ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références ; TF 8C_782/2023 du 6 juin 2024 consid. 4.2.1).

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux 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 exprimées par 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 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 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

d) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références ; TF 8C_757/2023 du 20 décembre 2024 consid. 7 ; 8C_220/2024 du 4 octobre 2024 consid. 3.2).

e) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence ; TF 8C_150/2024 du 10 octobre 2024 consid. 2.3 ; 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2).

Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise externe, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires. En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; 139 V 225 consid. 5.2 ; TF 9C_553/2023 du 14 novembre 2024 consid. 3.2).

5. a) En l'occurrence, il est constant que l'atteinte subie est une lésion assimilée au sens de l'art. 6 al. 2 let. f LAA.

Il s'agit par conséquent de déterminer si l'intimée a apporté la preuve libératoire, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la lésion constatée était due à plus de 50% à une atteinte malade ou dégénérative, ce qui exclurait une prise en charge par ses soins.

b) aa) L'intimée a soumis le cas à son médecin d'assurance. Pour le Dr R. _____, la blessure du recourant est due de manière prépondérante à l'usure. Il s'est référé à la littérature médicale pour expliquer que le tennis était l'un des principaux sports dont la pratique pouvait entraîner la rupture du tendon d'Achille. Cette pathologie survient spontanément lors d'un effort brutal, d'un démarrage ou d'un saut. Une rupture située au tiers moyen du tendon, comme chez le recourant, est typique d'une blessure provenant d'une surcharge aiguë. L'ossification intratendineuse de six millimètres visible sur l'imagerie médicale allait également dans le sens de l'existence d'une pathologie dégénérative au sein du tendon rompu.

bb) L'avis du Dr R. _____ se heurte à celui des chirurgiens ayant opéré le recourant. Selon les Drs L. _____ et F. _____, le fragment osseux visible sur l'imagerie médicale ne serait pas intratendineux, mais aurait été arraché lors de la rupture du tendon et avait migré depuis le calcanéum, ce qui plaiderait indubitablement en faveur du caractère traumatique de la blessure.

c) La différence d'opinions entre ces médecins tient ainsi principalement dans l'interprétation de l'IRM du 23 novembre 2023 quant à l'origine du fragment osseux visible sur cet examen. Au vu de cette divergence d'interprétation, l'imagerie a été soumise au Dr P. _____ pour un troisième avis médical.

Le Dr P._____ a estimé que de nombreux éléments plaidaient en faveur d'une rupture due à l'usure (cf. rapport de ce médecin du 15 juin 2024). L'examen montrait les signes d'une tendinose sévère : un tendon allongé, gonflé en forme de fuseau bien au-delà de la zone déchirée, présentant de plus un signal altéré. L'absence d'effilochage au niveau de la rupture indiquait que le tendon s'était déchiré de manière continue sur une longue période et non lors d'un événement unique avec l'application d'une force importante. L'ossicule visible à l'intérieur du tendon était la conséquence d'une tendinopathie ossifiante. La grande apposition tendopériostée au niveau de l'insertion du tendon témoignait d'une grave sténose d'insertion existant bien avant la date de l'examen. Le muscle triceps sural était engraisé et partiellement œdémateux, résultats fréquemment rencontrés dans des cas de problèmes chroniques du tendon d'Achille. Il a pu affirmer que ce dépôt graisseux n'était pas lié à l'âge du recourant, car les muscles antérieurs de la jambe ne présentaient pour leur part qu'une adiposité minime et à peine décelable. Enfin, le liquide dans la bourse sous-achilléenne, présent en quantité supérieure à la norme, était l'expression d'une bursite. Cette pathologie, rarement présente à cet endroit, était donc aussi le signe d'un état dégénératif.

À ces éléments s'ajoutait le fait que pour déchirer un tendon d'Achille, il fallait des forces dépassant le poids d'un homme adulte normal, d'un facteur dix ou plus. Ces forces étaient bien plus importantes que celles nécessaires pour produire des déchirures étendues du muscle triceps sural et/ou une fracture par avulsion de l'insertion du tendon sur le calcaneum. Or, puisqu'aucune déchirure ou fracture de ce type n'était visible sur l'IRM, il fallait en déduire que le tendon s'était déchiré petit à petit sous une petite charge quotidienne. Cela signifiait que la résistance à la déchirure du tendon était déjà réduite de bien plus de 50 % au moment de l'apparition de la rupture.

Le Dr P._____ a encore souligné que le liquide, probablement un hématome, visible sur le long du bord dorsal du muscle triceps sural n'indiquait en aucun cas une origine traumatique, car toute rupture du

tendon d'Achille, quelle qu'en soit la cause, entraînait une déchirure du tissu péri-tendineux, ce qui provoquait des saignements.

L'ensemble de ces éléments ont conduit ce médecin à retenir que la rupture du tendon d'Achille était selon toute vraisemblance principalement, voire exclusivement, due à l'usure.

d) Sur le vu de cet avis clair et dûment motivé, qui doit se voir reconnaître une pleine valeur probante, le médecin-conseil a, à juste titre, confirmé ses conclusions. Le Dr P. _____ a en effet procédé à une étude circonstanciée de la situation. Il a observé de manière détaillée l'IRM qui lui a été soumise et a retranscrit minutieusement ses constatations dans son rapport du 15 juin 2024. Il a ensuite listé les indices résultant de ces données qui excluaient une origine traumatique de la rupture, en expliquant pour quelle(s) raison(s) chacun d'entre eux plaidait en faveur d'une blessure due à l'usure.

Le fait que le recourant n'ait pas été examiné par le médecin d'assurance n'enlève rien à la valeur probante de son avis et de celui du Dr P. _____, dans la mesure où leur divergence d'interprétation avec les chirurgiens tient dans l'interprétation de l'IRM. L'argument du recourant en lien avec une simple erreur de plume du Dr R. _____ dans son premier rapport (le talon droit était mentionné au lieu du talon gauche), n'y change rien non plus.

Certes, dans leur rapport médical du 1^{er} octobre 2024, produit dans le cadre de la présente procédure de recours, les Drs L. _____ et F. _____ ont réitéré que l'ossification avait été arrachée lors de la rupture traumatique du tendon, soulignant que la tubérosité calcanéenne présentait clairement un aspect frais avec un contour mal défini, alors que les calcifications d'origine pathologique étaient usuellement assez arrondies ou longitudinales, suivant les fibres du tendon. Ils ont également ajouté que si la calcification à l'insertion du tendon était bel et bien préexistante, la rupture n'était pas insertionnelle, mais avait eu lieu à un autre endroit, dans la zone classique des ruptures.

Ce rapport, bien que postérieur à la décision sur opposition du 23 juillet 2024, peut être pris en compte, dans la mesure où il a trait à la situation du recourant antérieure cette date (cf. ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C_253/2024 du 17 octobre 2024 consid. 3.3). Les explications des Drs L._____ et F._____ ne suffisent cependant pas à semer le doute sur les conclusions du Dr P._____. Alors que les chirurgiens du recourant ont mis en avant des éléments liés à la forme de l'ossification et à l'endroit de la rupture, le Dr P._____ a pour sa part avancé de nombreux autres facteurs qui signifiaient que le tendon était déjà dans un état de dégradation avancé avant de se rompre, comme exposé ci-dessus (tendon altéré bien au-delà de la zone de rupture, aspect des fibres, œdème et graisse et absence de déchirures étendues au niveau du muscle triceps sural, absence de fracture par avulsion de l'insertion du tendon sur le calcanéum). Leur mention d'une rupture tout à fait usuelle avec un tendon exempt de fibrose à l'endroit de la déchirure, exempte d'une quelconque explication, ne remet pas non plus en cause l'avis clair et étayé du Dr P._____, qui a pour sa part dûment exposé pourquoi l'aspect des fibres du tendon était un indice en faveur d'une blessure due à l'usure.

e) Sur le vu de ce qui précède, il y lieu d'admettre que l'intimée a apporté la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la rupture du tendon d'Achille subie par le recourant était due à plus de 50 % à une atteinte pathologique et non traumatologique. On relèvera en particulier à cet égard que le Dr P._____ a expressément déclaré, au vu de ses observations, que la résistance à la déchirure du tendon était déjà réduite de bien plus que 50 % au moment de l'apparition de la déchirure.

Il s'ensuit que la décision de refus de prester était justifiée.

6. Le dossier est complet sur le plan médical, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en toute connaissance de cause. Il n'y a donc pas lieu d'ordonner de mesure d'instruction complémentaire, sous la forme d'une expertise médicale, telle que requise par le recourant

(appréciation anticipée des preuves : ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1).

7. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f bis LPGA).

c) Le recourant n'a pas droit à des dépens dès lors qu'il n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). L'intimée, qui a procédé dans l'accomplissement d'une tâche réglée par le droit public, n'a pas davantage droit à des dépens (ATF 126 V 143 consid. 4 ; voir également ATF 128 V 323).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 23 juillet 2024 par Z._____SA est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Jana Burysek (pour W. _____),
- Me Michel d'Alessandri (pour Z. _____ SA),
- 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).

La greffière :