

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3474/2014

ATAS/411/2015

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 9 juin 2015

1^{ère} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à MEINIER, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Marlyse CORDONIER

recourant

contre

SWICA ASSURANCES SA, sis Römerstrasse 37, WINTERTHUR

intimée

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Christine
TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1971, ressortissant français résidant en Suisse, a été employé en qualité de chef de cuisine auprès du B_____ Sàrl (ci-après l'employeur), avant de démissionner de son poste avec effet au 30 septembre 2011. A ce titre, il était assuré contre les risques d'accidents professionnels et non professionnels auprès de Swica Assurances SA (ci-après l'assureur ou l'intimée).
2. Le 13 septembre 2011, l'assuré est tombé dans les escaliers de son lieu de travail, tel que cela ressortait de la déclaration d'accident établie par son employeur le 15 septembre 2011. Il était alors en incapacité totale de travailler.
3. Les suites de l'accident ont été prises en charge par l'assureur.
4. Auparavant, en date du 28 avril 2009, l'assuré avait déjà été victime d'une chute dans les escaliers sur son précédent lieu de travail, qui avait entraîné une blessure au pied, selon la déclaration de sinistre adressée par son ancien employeur au même assureur le 15 mai 2009. L'assuré s'était alors également retrouvé en incapacité totale de travailler. Dans ce cadre, les rapports suivants avaient en particulier été établis :
 - un rapport du 29 avril 2009, du docteur C_____, spécialiste en radiologie à la Clinique des Grangettes, faisant suite aux radiographies de la cheville gauche de l'assuré effectuées le 28 avril 2009. Ce rapport constatait notamment une irrégularité de la pointe de la malléole externe, compatible avec des arrachements osseux, dont l'aspect était plutôt évocateur d'anciens traumatismes, une tuméfaction des tissus mous para-malléolaires, une ostéophytose minime du pilon tibial antérieur et postérieur sur le cliché de profil, mais il n'y avait pas de fracture décelable au niveau du dôme astragalien ;
 - un rapport du Dr C_____ du 5 mai 2009, ensuite de l'échographie de la cheville gauche du 4 mai 2009, confirmant une déchirure du ligament péronéo-astragalien antérieur, associé à une importante suffusion hémorragique des tissus mous avoisinants et à la présence de plusieurs calcifications retrouvées à l'insertion antérieure du ligament. Les tendons péroniers ne montraient pas d'altération significative décelable. Il n'y avait pas de signe de ténosynovite ou d'instabilité. Le ligament péronéo-calcanéen gardait un aspect normal. Il y avait un discret épanchement résiduel intra-articulaire et une hyperhémie du compartiment capsulo-ligamentaire externe au Doppler couleur ;
 - un rapport du 24 mai 2009, établi par le docteur D_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, à l'attention de l'assureur, posant un diagnostic d'entorse à la cheville gauche ;
 - un rapport du 24 juin 2009, établi par le docteur K_____, spécialiste FMH en radiologie à la Cliniques des Grangettes, suite à l'imagerie à résonance magnétique (ci-après IRM) de la cheville gauche de l'assuré réalisée le même

jour, concluant à une déchirure du ligament péronéo-astragalien antérieur et à une probable lésion partielle de quelques fibres insertionnelles distales du tendon d'Achille (aucun arrachement), associée à une petite bursite du tendon calcanéen ;

- un rapport du 27 juillet 2009, du docteur N_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, indiquant que l'IRM, ainsi que l'examen par ultrason montraient une déchirure du ligament talo-fibulaire antérieur associé à un œdème de voisinage. Le praticien constatait une évolution plutôt lente, près de trois mois après une entorse de grade II en inversion de la cheville gauche. Le patient faisait cependant état d'une évolution favorable et, en l'absence d'une instabilité clinique, il n'y avait pas eu d'indication à une sanction chirurgicale dans l'immédiat.

Le cas avait ainsi pu être clôturé, sous réserve d'une indication chirurgicale ultérieure, selon la note téléphonique établie par l'assureur le 16 septembre 2009.

5. Dans un rapport du 19 septembre 2011, établi à la suite de l'accident de l'assuré du 13 septembre 2011, le docteur O_____, médecin à la consultation d'urgence de la Clinique des Grangettes, posait les diagnostics d'entorse modérée de la cheville gauche, d'entorse du poignet gauche et de contusion de l'épaule gauche. Le praticien précisait, dans son anamnèse, que l'assuré, en bonne santé habituelle, avait fait une chute dans les escaliers de son lieu de travail, avec réception sur le poignet gauche en hyperextension, qu'il avait retiré rapidement, occasionnant un trauma au niveau du moignon de l'épaule gauche. Dans sa chute, l'assuré s'était fait également une torsion de la cheville gauche en inversion. Les radiographies de l'épaule, du poignet et de la cheville effectuées n'avaient pas montré de signe de fracture, selon le rapport fourni par le docteur P_____, spécialiste FMH en radiologie, le 14 septembre 2011. Un traitement conservateur et symptomatique était indiqué, ainsi qu'un arrêt de travail.
6. Par rapport du 4 octobre 2011, le Dr O_____ maintenait ses précédentes conclusions et précisait que les lésions étaient uniquement dues à l'accident.
7. Le 14 octobre 2011, une IRM de l'épaule gauche de l'assuré a été réalisée. Dans son rapport y relatif du 19 octobre 2011, le Dr K_____ concluait à un impingement sous-acromial, associé à une lésion du tiers antérieur du tendon sus-épineux, visible sur une extension d'environ 15 mm, sans signe de déchirure ou de lésion transfixiante, à une absence de lésion au niveau du bourrelet glénoïdien, à une réduction de la distension du récessus gléno-huméral, suggérant une possible capsulite rétractile, à une arthrose au niveau de l'articulation acromio-claviculaire avec signes inflammatoires actifs, ainsi qu'à une bonne trophicité musculaire.
8. Dans des rapports du 31 octobre 2011, le Dr D_____ posait les diagnostics d'entorse à la cheville gauche (récidive), d'entorse au poignet gauche et de contusion à l'épaule gauche. Les lésions étaient dues à l'accident, étant toutefois précisé que la cheville gauche était connue pour des entorses à répétition. Les

atteintes au poignet et à la cheville suivaient une bonne évolution, tandis que l'épaule présentait un problème persistant. L'incapacité de travail était toujours jugée totale.

9. Dans un rapport du 2 novembre 2011, le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur, posait les diagnostics de déchirure partielle du tendon du sus-épineux gauche, de déchirure du labrum antéro-inférieur (lésion de Bankart), de déchirure des ligaments péronéo-astragalien antérieur et péronéo-calcanéen gauches. Contrairement au constat du Dr K_____ du 19 octobre 2011, ce praticien observait une déchirure du bourrelet antéro-inférieur. Des douleurs demeuraient persistantes à l'épaule et à la cheville gauches. Pour le reste, des circonstances sans rapport avec l'accident n'avaient pas joué un rôle dans l'évolution du sinistre. Un traitement par physiothérapie était recommandé, ainsi qu'une indication opératoire concernant la cheville et l'épaule gauches.
10. Le 13 novembre 2011, le Dr D_____ a confirmé à l'assureur que l'assuré présentait un problème à l'épaule gauche et des récurrences d'entorse de la cheville gauche, pour lesquels des indications opératoires avaient été posées par le Dr E_____, d'abord pour la cheville, puis pour l'épaule. Il était ainsi requis de l'assureur qu'il se détermine sur la prise en charge du cas.
11. Dans un rapport complémentaire du 22 novembre 2011, le Dr E_____ précisait à l'assureur que les diagnostics concernant l'affection à l'épaule gauche étaient une lésion de Bankart et une déchirure du tendon sus-épineux, et que le type d'opération prévu était une arthroscopie de l'épaule.
12. Sur mandat de l'assureur, une expertise a été effectuée le 13 décembre 2011 par le docteur L_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur auprès de la clinique Corela, notamment sur la base d'un examen de l'assuré le même jour. Cet expert retenait comme diagnostics, en lien de causalité au moins vraisemblable avec l'accident (>51%) et avec répercussion sur la capacité de travail, une entorse de cheville gauche sur état antérieur, une tendinite post-traumatique du sus-épineux, avec absence de lésion dégénérative de l'articulation acromio-claviculaire ou de lésion du bourrelet glénoïdien. S'agissant la cheville gauche, il relevait notamment que les IRM de 2009 montraient l'absence du ligament tibio-fibulaire antérieur témoignant d'une lésion ancienne, ainsi qu'une lésion du ligament talo-fibulaire antérieur (péronéo-astragalien), associée à une contusion osseuse du dôme astragalien sur son bord externe. Sur les radiographies de 2011, un signe dégénératif de la cheville était présent sur l'image de profil, témoignant d'une atteinte préexistante. L'accident du 13 septembre 2011 était donc survenu sur une cheville ayant déjà un état antérieur, lequel était prépondérant dans la pathologie. Il était alors encore trop tôt pour déterminer l'évolution de l'atteinte à la cheville, sa stabilité ne pouvant encore être évaluée. Dès lors qu'il était possible que le statu quo sine soit atteint après les traitements préconisés, il convenait d'attendre les effets du traitement conservateur. Ainsi, aucune indication opératoire

n'était posée pour l'heure, l'évolution pouvant aller vers un diagnostic de simple entorse, sans aggravation de l'état antérieur préexistant. Concernant l'épaule gauche, selon l'expert, l'IRM réalisée le 14 octobre 2011 ne montrait en particulier pas de lésion du labrum antéro-inférieur, avec absence de lésion de Bankart, et une lésion très partielle du tendon du sus-épineux gauche. Par ailleurs, il résultait de l'arthrographie de l'épaule une absence de lésion dégénérative de l'articulation acromio-claviculaire gauche. Par conséquent, un diagnostic de tendinite post-traumatique du sus-épineux, ne justifiant pas une intervention chirurgicale, était retenu. En effet, avec l'absence de lésion dégénérative de l'articulation acromio-claviculaire ou de lésion du bourrelet glénoïdien, sans notion d'état antérieur, l'évolution devait aller vers la guérison, soit vers un retour à un statu quo ante. Pour le diagnostic de tendinite post-traumatique du sus-épineux à l'épaule, la date de rémission était estimée à quatre mois après le traumatisme, soit au 13 janvier 2012. Pour le diagnostic d'entorse à la cheville gauche, une rémission totale devait intervenir au 31 janvier 2012, mais en cas de non reprise du travail, la situation devait être réévaluée.

13. Par décision du 2 février 2012, au vu des conclusions de l'expertise précitée, l'assureur a estimé que l'assuré pouvait reprendre une activité professionnelle à 50% à partir du 13 février 2012, puis à 100% à partir du 29 février 2012.
14. Le 27 février 2012, l'assuré a formé opposition contre cette décision, dans la mesure où son incapacité de travail perdurait. En effet, son état n'était pas stabilisé et des interventions chirurgicales étaient préconisées tant pour son épaule que pour sa cheville, comme l'attestait le rapport du Dr D_____ du 22 février 2012 qu'il produisait également. Il concluait ainsi à la reprise du paiement des prestations dues par l'assureur, y compris les indemnités journalières.
15. Le 12 mars 2012, l'assuré a notamment produit les documents supplémentaires suivants à l'appui de son opposition :
 - un second certificat du Dr D_____ du 4 mars 2012, relevant que, si dans un premier temps le problème de la cheville semblait retrouver le statu quo ante, l'assuré continuait à se plaindre de sensation d'instabilité de la cheville. Des radiographies confirmaient l'impression clinique de laxité interne. Le cas devait être soumis au service de chirurgie orthopédique des hôpitaux universitaires de Genève (HUG) pour poser une indication à une correction chirurgicale, tant au niveau de l'épaule que de la cheville ;
 - un rapport du 28 février 2012, du docteur Q_____, spécialiste FMH en radiologie, établi suite aux radiographies de la cheville gauche du même jour, concluant à la présence de calcifications des parties molles sous les malléoles, à un bon respect de l'interligne articulaire tibio-fibulo-talien et à un varus forcé positif du côté gauche témoignant d'une laxité externe.
16. Par courrier du 14 mai 2012, l'assuré a encore fait état des pièces suivantes :

-
- un rapport du 19 mars 2012, du docteur J_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur, retenant une indication à effectuer une arthroscopie de l'épaule, avec réinsertion du tendon du sus-épineux. En effet, selon ce praticien, au vu du jeune âge de l'assuré, cette intervention était la seule à même d'améliorer la symptomatologie douloureuse et de restituer la force de cette déchirure de la coiffe des rotateurs ;
 - un complément du Dr J_____ du 7 mai 2012, précisant, concernant l'étiologie de la rupture du tendon sus-épineux, qu'une origine mixte traumatique et dégénérative était rencontrée dans la majorité des cas. Cependant, au vu du jeune âge du patient (40 ans), la prépondérance d'un mécanisme traumatique était la plus vraisemblable. Pour le reste, au vu de l'intensité des douleurs rapportées par l'assuré, une incapacité totale de travail semblait toujours justifiée.
17. Le 24 mai 2012, le docteur R_____, spécialiste FMH en radiologie, a établi un rapport, à la suite de l'IRM de la cheville gauche de l'assuré réalisée le 23 mai 2012, concluant à une lésion ostéocondrale du dôme astragalien supéro-latéral avec présence d'une fissure cartilagineuse s'étendant jusqu'à l'os sous-chondral. Il y avait un effet de masse au niveau du canal tarsien en raison d'un kyste développé aux dépens de l'articulation sous-talienne postérieure mesurant 1 cm et refoulant les structures du paquet vasculo-nerveux. En outre, des séquelles d'une ancienne entorse sous forme d'une irrégularité de la pointe de la malléole externe, d'un aspect très remanié du ligament talo-fibulaire antérieur et du versant profond du ligament deltoïde associés à un œdème et géode sous-corticale malléolaire interne, étaient constatées. Enfin, il y avait des signes de synovite au niveau de la gouttière antéro-latérale confirmant la suspicion clinique d'un conflit antéro-latéral associé en rapport avec le status post-entorse avec empreinte extrinsèque dans le plan axial en T1 FAT SAT sur la gouttière antéro-latérale.
18. Par courrier du 27 juin 2012, l'assuré a transmis à l'assureur un rapport du 15 juin 2012 du docteur I_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, indiquant que le bilan par résonance magnétique effectué avait mis en évidence une lésion de l'astragale, ainsi que des cicatrices antéro-externes de la cheville, qui étaient directement en lien avec l'accident de septembre 2011. Par ailleurs, un kyste au niveau de la malléole interne était signalé, lequel n'était quant à lui pas en relation avec cet accident.
19. Par courrier du 10 août 2012, l'assureur a annulé sa décision du 2 février 2012, au vu des rapports complémentaires fournis par l'assuré. Il indiquait ainsi avoir versé les indemnités journalières dues pour la période du 1^{er} mars au 30 avril 2012 et sollicitait les certificats médicaux attestant d'une éventuelle incapacité de travail ultérieure. Concernant la prise en charge de la suite du traitement médical de l'assuré, et notamment des interventions chirurgicales proposées par les Drs J_____ et I_____, une décision devait encore être prise, dès lors qu'un état

antérieur au niveau de la cheville gauche et de l'épaule gauche devait être investigué.

20. Le même jour, l'assureur a sollicité un examen du cas de l'assuré par le docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans un rapport du 16 août 2012, établi sur la base de l'examen du dossier de l'assuré, ce praticien posait comme diagnostics, s'agissant de la cheville, des séquelles d'entorses itératives. Les accidents des 28 avril 2009 et 13 septembre 2011 n'étaient pas les seules et uniques causes de ces atteintes, dès lors que des troubles dégénératifs étaient déjà visibles sur les radiographies effectuées après l'évènement du 28 avril 2009. Les épisodes subséquents avaient pu augmenter la symptomatologie douloureuse, au vu de l'instabilité résiduelle existant après l'entorse. Ainsi, les troubles présentés étaient la résultante de tous les traumatismes que l'assuré avait eus, mais il y avait eu certainement des traumatismes avant celui du 28 avril 2009. Le praticien relevait encore que la dernière IRM réalisée de la cheville, non présente au dossier, semblait mettre en évidence des lésions de l'astragale. Il s'agissait de lésions dégénératives qui étaient certainement en rapport avec l'instabilité chronique de la cheville. A son sens, le statu quo ante ne serait certainement jamais atteint. Dès lors que l'assuré avait vraisemblablement subi une entorse grave de la cheville avant l'évènement du 28 avril 2009, au vu des éléments dégénératifs décrits, il n'était pas exclu que, même sans les entorses bénignes décrites dans les deux dossiers, l'évolution ait été la même. Un statu quo sine pouvait donc être certainement fixé au moment du premier traumatisme. Les évènements des 28 avril 2009 et 13 septembre 2011 n'avaient ainsi pas provoqué de lésion supplémentaire aux articulations. Concernant l'épaule, le diagnostic de tendinite du sus-épineux, sans déchirure et avec une absence de lésion traumatique, était posé. A la lecture de l'arthro-IRM effectuée, il n'y avait pas de lésion du bourrelet antéro-inférieur. L'accident du 13 septembre 2011 n'était pas la seule et unique cause des troubles présentés, mais une cause concomitante. En effet, les troubles étaient dus à l'accident du 13 septembre 2011 de façon seulement possible, dès lors que l'activité de musculation, exercée régulièrement par l'assuré, pouvait provoquer exactement les mêmes troubles. Pour le praticien, les troubles présentés constituaient, avec une vraisemblance plus grande, des troubles dégénératifs, plutôt que des troubles consécutifs à l'évènement traumatique décrit. Tant le statu quo ante, que le statu quo sine, étaient fixés à 8 semaines après l'évènement du 13 septembre 2011. Il n'y avait pas eu de lésion déterminante ou durable liée au traumatisme du 13 septembre 2011, lequel était qualifié de bénin.
21. Le 14 août 2012, le Dr E_____ a remis à l'assureur un rapport complémentaire qu'il avait adressé au Dr D_____ le 2 novembre 2011. Il en ressortait que la déambulation de l'assuré s'effectuait alors sans boiterie sur de courtes distances. La cheville gauche ne présentait aucun hématome ni tuméfaction séquellaire. La mobilité en flexion-extension était complète. La force musculaire des péroniers était asymétrique en défaveur de la gauche et une importante instabilité dans le plan

antéro-postérieur, ainsi qu'en varus, était surtout constatée. Des séquelles d'une entorse grave de la cheville gauche étaient présentes, avec une incompétence des faisceaux ligamentaires péronéo-astragalien antérieur et péronéo-calcanéen. Selon le praticien, une plastie de reconstruction ligamentaire était ainsi indiquée dans ce cas. Concernant l'épaule gauche, la mobilité active était complète. La mise en tension du complexe sus-épineux était douloureuse et des signes de micro-instabilité dans le plan antéro-inférieur étaient constatés. Sur le plan radiologique, l'arthro-IRM du 14 octobre 2011 mettait en évidence la présence d'une déchirure partielle du tendon sus-épineux, ainsi qu'une déchirure-désinsertion du labrum antéro-inférieur qui n'était pas décrite par le radiologue. Ainsi, selon ce praticien, il existait une lésion de Bankart, associée à une déchirure partielle du sus-épineux à gauche. A six semaines du traumatisme, une cicatrisation spontanée pouvait encore être espérée, mais en cas de persistance de la limitation fonctionnelle et de la symptomatologie algique, une révision chirurgicale arthroscopique devait être discutée.

22. Par courrier du 4 octobre 2012, l'assuré informait notamment l'assureur de l'intervention chirurgicale planifiée le 22 octobre 2012 au Service de chirurgie orthopédique ambulatoire des HUG, concernant sa cheville.
23. Par entretien téléphonique du 12 octobre 2012, l'assureur informait l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, qu'il n'était alors pas en mesure de lui confirmer la prise en charge de cette intervention.
24. Dans un certificat médical du 28 octobre 2012, le Dr D_____ indiquait que l'assuré présentait un état de lassitude très important, avec angoisse et traits dépressifs, compte tenu de l'absence de décisions de l'assureur au sujet des indications opératoires préconisées, qui ne paraissaient pourtant pas discutables. A cet égard, il relevait que les traitements adéquats de réadaptation post-accident avaient été entrepris, mais que l'épaule restait douloureuse et se bloquait lors de certains mouvements de torsion, et la cheville présentait une laxité évidente et ne supportait pas un terrain instable. Le praticien craignait alors un passage de l'assuré dans un état dépressif installé.
25. Le 26 novembre 2012, l'assureur a adressé à l'assuré un droit d'être entendu, selon lequel il mettait fin à ses prestations pour les suites des événements des 28 avril 2009 et 13 septembre 2011, à la fin décembre 2011 pour le problème à la cheville gauche, et à la fin novembre 2011, pour les troubles présentés à l'épaule gauche, tout en renonçant à solliciter le remboursement des prestations versées jusqu'au 30 novembre 2012. En substance, s'agissant de l'atteinte à la cheville gauche, il retenait la présence d'un état antérieur et un statu quo sine fixé à trois mois, d'après les conclusions du Dr L_____. Concernant l'atteinte à l'épaule, il se basait sur les conclusions du Dr F_____, selon lesquelles les lésions présentées étaient plus vraisemblablement des troubles dégénératifs que des troubles en lien avec l'accident du 13 septembre 2011 et fixant le statu quo ante à huit semaines.

26. Dans des déterminations du 7 décembre 2012, l'assuré soutenait que ses atteintes à la cheville et à l'épaule constituaient des lésions assimilées à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202). Les problèmes à l'épaule gauche étaient à mettre directement en relation avec l'accident du 13 septembre 2011. L'existence d'antécédents traumatiques était contestée, notamment sur la base des constatations des Drs L_____ et J_____, qui avaient du reste recommandé une arthroscopie. A cet égard, il relevait que le Dr F_____ avait motivé une origine dégénérative sur le seul fait qu'il avait pratiqué de la musculation, alors qu'il n'avait en réalité effectué que des exercices cardiovasculaires (vélo, course à pied) et d'échauffements (jambes, bras) quand il se rendait au fitness. Quant à la cheville, même si des antécédents avaient été constatés, l'accident avait été un facteur déclencheur et avait provoqué, du moins partiellement, le dommage, ce qui était suffisant pour établir un lien de causalité dans ce cas. Ainsi, et dès lors qu'il était toujours dans l'incapacité de travailler, l'assureur ne pouvait mettre fin à ses prestations. Enfin, au vu des contradictions qu'il relevait entre les différents spécialistes consultés, l'assuré sollicitait la mise en œuvre d'une nouvelle expertise par un médecin indépendant.
27. Par courrier du 21 décembre 2012, l'assureur contestait ces déterminations de l'assuré. Il relevait, en particulier, que son interprétation de la notion de lésions corporelles assimilées à un accident n'était pas correcte. Il n'était toutefois pas contesté que les critères de la notion d'accident soient remplis. Par ailleurs, il soulignait que le Dr L_____ n'avait pas constaté l'absence d'antécédents traumatiques ou dégénératifs, mais s'était limité à résumer les pièces du dossier et à relever que l'assuré n'avait déclaré aucun antécédent. Or, un état antérieur pouvait être asymptomatique avant un événement accidentel et de ce fait, n'avoir nécessité aucune mesure particulière ou traitement. S'il était révélé par un événement accidentel, l'art. 36 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20) était alors applicable, jusqu'à restitution du statu quo ante ou sine. Encore, il relevait que, contrairement à ce qu'indiquait l'assuré, le Dr L_____ n'avait pas indiqué d'intervention chirurgicale. Enfin, pour l'assureur, il était établi que l'assuré avait effectué des exercices de musculation, au vu de son physique. Il persistait ainsi dans les conclusions de son droit d'être entendu du 26 novembre 2012.
28. Par courrier du 21 janvier 2013, l'assuré remarquait qu'il avait commis une erreur de frappe et que c'était le Dr J_____ qui avait recommandé une arthroscopie de l'épaule. S'agissant de la causalité, il rappelait que le Dr L_____ avait posé des diagnostics en lien de causalité au moins vraisemblable (>51%) avec l'accident, ce qui dénotait un lien hautement vraisemblable entre l'accident et les lésions. Cet avis était partagé par les Drs J_____, I_____, E_____ et D_____. C'était donc bien l'accident du 13 septembre 2011 qui avait été la cause des lésions décrites. Concernant la cheville, il relevait que le Dr L_____ avait préconisé une réévaluation en cas de non reprise du travail, ce qui a été fait auprès du Dr I_____.

Ce dernier avait alors conclu à la nécessité d'une intervention chirurgicale, laquelle avait d'ailleurs initialement été programmée le 22 octobre 2012. S'agissant de l'épaule, l'assuré relevait que tant le Dr L_____ que le Dr J_____ avaient constaté, après examen du patient, l'absence de lésions dégénératives, sans notion d'état antérieur, contrairement au Dr F_____, mais que ce dernier ne l'avait pas ausculté. Dès lors, la déduction de ce praticien de rattacher les troubles présentés aux exercices de musculation de l'assuré semblait hâtive, ce d'autant plus qu'elle était en contradiction avec les avis d'autres médecins qui, pour leur part, l'avaient ausculté. Le Dr J_____ avait même préconisé une arthroscopie. A ce propos, l'assuré relativisait sa musculature, au vu de l'obésité jugée sévère qu'il présentait. Enfin, il persistait dans ses précédentes observations, au sujet du type d'activité physique qu'il avait exercé. Il rappelait encore que plusieurs spécialistes avaient jugé une intervention chirurgicale nécessaire. Pour le reste, il produisait notamment un certificat du Dr D_____ du 9 janvier 2013, vu et approuvé par le Dr E_____, selon lequel une instabilité de la cheville gauche demeurait. Il s'agissait d'une séquelle d'entorse à répétition, dont une avait eu lieu en 2009. Il avait alors, dans un premier temps, été renoncé à une intervention chirurgicale. D'autre part, il existait toujours des douleurs limitatives de l'épaule, qui n'étaient pas du tout présentes cliniquement avant l'accident, même si des lésions radiologiques montraient des problèmes anciens. Le Dr D_____ rappelait que les chirurgiens orthopédistes spécialisés, dont le Dr E_____, avaient posé une indication opératoire. Il soulignait enfin que l'assuré ne pourrait retrouver un contrat de travail adéquat, tant que ces problèmes ne seraient pas réglés, dès lors que toute assurance-accident refuserait de le couvrir, ou avec réserve.

29. Par courrier du 14 février 2013, l'assureur estimait avoir assez d'éléments pour mettre fin à ses prestations, raison pour laquelle un droit d'être entendu avait été notifié à l'assuré le 26 novembre 2012. A son sens, bien que le Dr F_____ n'ait pas personnellement examiné l'assuré, son rapport du 6 novembre 2012 avait valeur probante et était suffisamment étayé. De plus, il relevait que dans son attestation du 9 janvier 2013, le Dr D_____ confirmait la présence d'une instabilité de la cheville antérieurement à l'accident du 13 septembre 2011 et des lésions radiologiques de l'épaule qui montraient des problèmes anciens. Toutefois, afin de mettre un terme à la polémique, l'assureur consentait à la réalisation d'une nouvelle expertise médicale, à la condition que l'assuré fournisse toutes les informations permettant d'éclaircir l'état antérieur présenté au niveau de sa cheville gauche. Le docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, était proposé comme expert.
30. Dans un courrier du 22 mars 2013, l'assuré confirmait n'avoir jamais subi d'évènements accidentels au niveau de la cheville gauche auparavant. Les seuls évènements survenus en lien avec sa cheville gauche étaient ceux des 28 avril 2009 et 13 septembre 2011. Afin de démontrer sa bonne foi, l'assuré communiquait la liste de ses anciens employeurs, respectivement de leur assureur-accident. Seuls des

problèmes de dos avaient nécessité une prise en charge par l'assurance-accident par le passé. Pour le reste, l'assuré n'était pas opposé à ce que l'expertise sollicitée soit confiée au Dr G_____.

31. Dans son expertise du 18 septembre 2013, le Dr G_____ posait les diagnostics principaux de contusion à l'épaule gauche et d'entorse à la cheville gauche dans le cadre d'une instabilité chronique. Il y avait, plus précisément, une tendinite du tendon du muscle sus-épineux gauche sans déchirure, une arthrose acromio-claviculaire gauche avec impingement antérieur (empreinte sur tendon du sus-épineux), une arthrose tibio-astragalienne gauche secondaire, une tendinopathie tendon d'Achille gauche, une suspicion de tunnel carpien et irritabilité du nerf ulnaire au coude gauche et une obésité morbide. En particulier, concernant la cheville, il y avait une absence de lésion traumatique fraîche, mais des séquelles d'entorse itérative de la cheville, qui était marquée par des lésions dégénératives déjà présentes lors des premiers clichés radiologiques de 2009. Cela traduisait de manière certaine des entorses avant les événements incriminés. Les troubles présentés étaient ainsi le résultat de tous les traumatismes que le patient avait eus. Les événements des 28 avril 2009 et 13 septembre 2011 n'avaient pas aggravé la situation, ou que passagèrement. Les traumatismes d'avant 2009 étaient à l'origine des plaintes actuelles. Ils avaient provoqué une lésion articulaire dégénérative franche se traduisant, sur le plan anamnestique, par des douleurs mécaniques associées à une instabilité ; cliniquement, par une mobilisation de la tibio astragalienne extrêmement douloureuse, ainsi que la sous talienne ; et radiologiquement, par une arthrose tibioastragalienne nette lors des clichés réalisés en urgence le 28 avril 2009, associée à une absence de lésion fraîche sur l'IRM. La dernière IRM réalisée semblait d'ailleurs mettre en évidence des lésions au niveau de l'astragale qui étaient des lésions de type dégénératives en rapport avec l'instabilité chronique de la cheville. Pour les deux derniers traumatismes, le statu quo sine pouvait être fixé à trois mois au maximum, ce qui représentait le temps de guérison d'une entorse de cheville de grade III sans séquelle. S'agissant de l'épaule, l'accident du 13 septembre 2011 n'était pas la seule et unique cause des troubles présentés, mais il y avait une concomitance. Les troubles n'étaient ainsi dus à cet événement que de façon seulement possible. En effet, le traumatisme bénin décrit par l'assuré n'avait pas provoqué de lésion traumatique franche et déterminante et l'arthro-IRM du 14 octobre 2011 avait clairement mis en évidence un rétrécissement de l'espace sous acromial, sur une arthrose acromio-claviculaire avec ostéophytes comprimant le tendon du sus-épineux, entraînant une lésion inflammatoire du tiers antérieur du tendon du sus-épineux visible sur une extension de 15 mm, sans signe de déchirure partielle, ou de lésion transfixiante. Dès lors, le praticien retenait une causalité naturelle pour le diagnostic de tendinite du sus-épineux post traumatique, sans lésion déterminante durable objectivée. Le statu quo sine, de ce fait, devait être fixé dans une fourchette de huit à douze semaines après le traumatisme, soit au 13 janvier 2012. La symptomatologie résiduelle après cette date devait être mise en relation directe avec la lésion dégénérative acromio-

claviculaire comprimant le tendon sus-épineux tel qu'objectivé sur l'IRM du 14 octobre 2011. Malgré le fait que sur le plan anamnestique, il n'y avait jamais eu de plainte, l'arthrose acromio-claviculaire existait avant l'évènement en question. Il n'y avait aucune restriction théorique de la capacité de travail en raison des accidents des 28 avril 2009 et 13 septembre 2011, dans la mesure où le statu quo sine était atteint.

32. Dans un courrier du 21 octobre 2013, l'assureur relevait que les conclusions de l'expertise du Dr G_____ rejoignaient celles du Dr F_____ concernant les troubles présentés à la cheville gauche et en fixant un statu quo sine à trois mois de chacun des accidents annoncés. S'agissant de l'épaule, il remarquait que le Dr G_____ confirmait également que les troubles présentés n'étaient en lien de causalité avec l'accident du 13 septembre 2011 que de façon possible et, qu'en présence d'un état antérieur dégénératif, les troubles causés par cet accident devaient se résorber dans une fourchette de huit à douze semaines. Ainsi, au vu des conclusions de cette expertise, l'assureur confirmait à l'assuré les termes de son droit d'être entendu du 26 novembre 2013.
33. Dans des observations du 28 novembre 2013, l'assuré sollicitait de l'assureur une reconsidération de sa position, au vu des nouvelles pièces qu'il produisait, soit :
 - un avis radiologique du 11 novembre 2013, établi par le docteur H_____, spécialiste FMH en radiologie, concernant l'arthro-IRM de l'épaule gauche du 14 octobre 2011. Ce rapport concluait à un foyer de déchirure partielle de l'insertion distale du versant articulaire du tendon du muscle sus-épineux, à l'absence de déchirure transfixiante, à l'absence d'arthrose acromio-claviculaire et à un minime conflit sous-acromial. Pour ce praticien, étant donné la relation de cause à effet entre la symptomatologie douloureuse et l'accident traumatique, il ne faisait aucun doute que la déchirure partielle de l'insertion distale du tendon du muscle sus-épineux était liée à l'accident ;
 - un rapport du Dr I_____ du 8 novembre 2013, indiquant qu'au niveau de sa cheville, l'assuré présentait plusieurs lésions, à savoir des signes post-entorse, ainsi qu'une lésion du dôme externe du talus, une fibrose antéro-externe et un kyste sous-talien, probablement ancien, entrant en conflit avec le tunnel tarsien. L'assuré ne présentait aucune douleur avant l'accident, ce qui faisait clairement penser qu'un certain nombre de ces lésions étaient dues à son accident. Il était toutefois naturellement impossible de l'affirmer avec certitude, bien que les lésions du dôme latéral du talus soient en général dues à un traumatisme. Dans tous les cas, il n'y aurait jamais eu lieu d'effectuer l'arthroscopie préconisée, si l'assuré n'avait pas souffert de son traumatisme avant. Ainsi, l'indication à une telle prise en charge chirurgicale était due à un status post-traumatique ;
 - un rapport du Dr D_____ du 13 novembre 2013, relevant, concernant l'épaule, que les examens cliniques, ainsi que la relecture récente de l'IRM du 14 octobre 2011 par le Dr H_____, médecin spécialisé dans la relecture de ce type

d'examen, confirmaient l'absence de phénomènes arthrosiques et montraient une déchirure partielle de l'insertion distale du tendon du muscle sus-épineux s'étendant sur environ 2 cm de longueur. Ces constatations permettaient de conclure formellement à un accident pour expliquer les plaintes de l'assuré. Elles corroboraient en outre les conclusions des Drs E_____ et J_____. L'assuré avait retrouvé une bonne partie de sa fonctionnalité, mais ressentait toujours des douleurs à la mobilisation active ou la nuit. Concernant la cheville de l'assuré, le praticien rappelait qu'une indication opératoire avait été posée et soulignait qu'à cet égard également, les conclusions du Dr E_____ et du Dr I_____ étaient les mêmes. Au vu des deux pathologies présentées, une incapacité de travail totale était toujours justifiée, quelle que soit l'activité professionnelle et tant que les corrections chirurgicales n'auront pas été effectuées.

En effet, l'assuré remarquait que les conclusions de l'expertise du Dr G_____ entraient en contradiction avec ces derniers avis. En particulier, s'agissant de l'épaule, cette expertise attribuait de façon hautement vraisemblable les troubles présentés à de l'arthrose, contrairement à l'avis plus récent du Dr H_____, et à celui du Dr J_____ auparavant. S'agissant de la cheville, il ajoutait que l'expertise retenait que les lésions présentes étaient, d'une part, de type dégénératives et d'autre part, en lien avec des traumatismes ayant eu lieu avant l'évènement du 28 avril 2009. Or, il n'y avait jamais eu de traumatismes par le passé. Preuve en était le fait qu'aucun assureur précédent n'avait produit au dossier un quelconque document faisant état de problèmes survenus à la cheville gauche par le passé. Pour le reste, des clichés devaient être pris durant l'opération de la cheville gauche prévue à la mi-décembre, afin de démontrer l'absence totale d'arthrose. Ainsi, les lésions traumatiques étaient, avec une très haute vraisemblance, en lien direct avec l'évènement du 13 septembre 2011.

34. Le 7 janvier 2014, le Dr I_____ a établi un rapport suite à l'intervention effectuée le 19 décembre 2013. Il en ressortait que les diagnostics posés étaient un syndrome antéro-latéral de la cheville gauche, une lésion ostéochondrale de la cheville gauche et un kyste de tunnel tarsien gauche, et que l'intervention pratiquée avait consisté en une arthroscopie de la cheville gauche et une révision du tunnel tarsien gauche.
35. Sur demande de l'assureur, le Dr K_____ a précisé, dans un rapport du 11 février 2014, qu'après relecture de l'examen arthro-IRM de l'épaule gauche qu'il avait réalisé le 14 octobre 2011, il n'était pas possible d'établir avec certitude que la déchirure partielle de l'insertion distale du tendon du muscle sus-épineux puisse être totalement liée à l'accident, sans dossier comparatif antérieur. Cependant, il ne pouvait être exclu de façon formelle que cette lésion ne puisse pas être attribuée à ce traumatisme. En outre, ledit praticien confirmait qu'il existait des discrets signes d'arthrose acromio-claviculaire gauche, caractérisés par une irrégularité des surfaces articulaires avec une ébauche d'ostéophytose de l'acromion.

36. Par décision du 12 mars 2014, l'assureur a mis fin à ses prestations pour les suites des évènements des 28 avril 2009 et 13 septembre 2011, à la fin décembre 2011 pour le problème à la cheville gauche, et à la fin janvier 2012 pour les troubles présentés à l'épaule gauche, tout en renonçant à solliciter le remboursement des prestations versées jusqu'au 30 novembre 2012. L'assureur faisait en particulier siennes les constatations du Dr L_____ s'agissant de l'existence d'un état antérieur concernant l'épaule, en raison de la pratique de musculation par l'assuré, et pour la cheville, au vu des entorses répétées survenues, notamment le 28 avril 2009. En outre, il se basait sur les conclusions du Dr F_____ qui, après examen des pièces constituant le dossier, s'agissant tout d'abord de la cheville de l'assuré, avait également retenu un état antérieur et fixé le statu quo sine à trois mois de chacun des traumatismes des 28 avril 2009 et 13 septembre 2011, puis concernant l'épaule, avait retenu l'existence de troubles dégénératifs et déterminé le statu quo ante à huit semaines après le traumatisme du 13 septembre 2011. En outre, il relevait que la position du Dr F_____ avait été confirmée par le Dr G_____ qui avait aussi retenu l'existence d'états antérieurs aux atteintes et fixé un statu quo sine dans une fourchette de huit à douze semaines après le traumatisme du 13 septembre 2011, soit le 13 janvier 2012. L'assureur indiquait par ailleurs avoir appris, au cours de son enquête, que l'assuré avait subi une chute le 6 octobre 2000, ayant entraîné des lésions au bras gauche. Cependant, le dossier relatif à cet évènement n'avait pu être produit, l'assureur précédemment en charge de cet évènement l'ayant entre-temps détruit. Enfin, l'assureur relevait que, selon le Dr M_____, il n'était pas non plus possible d'affirmer que la déchirure partielle de l'insertion distale du tendon du muscle sus-épineux puisse être totalement liée à l'accident du 13 septembre 2011, sans dossier comparatif antérieur.
37. Le 9 avril 2014, l'assuré a formé opposition contre cette décision, concluant à son annulation et à l'octroi des prestations ainsi dues. A titre liminaire, l'assuré rappelait que son activité sportive se limitait à des exercices cardiovasculaire (vélo, course à pied) dans le but, non pas de prendre de la masse musculaire, mais uniquement d'éviter la prise de poids. Par ailleurs, il soulignait avoir démontré sa bonne foi en déliant du secret médical ses précédents assureurs. Or, hormis un accident du 6 octobre 2000, qui concernait le bras gauche et non l'épaule, aucun évènement en lien avec l'épaule ou la cheville de l'assuré n'avait été relevé. Concernant les évènements des 28 avril 2009 et 13 septembre 2011, il indiquait avoir subi une opération de la cheville en décembre 2013 par le Dr I_____. Celle-ci avait été filmée, ce qui avait permis au praticien de constater l'absence de lésions dégénératives et de confirmer que l'atteinte subie était la conséquence directe de l'accident du 13 septembre 2011. S'agissant de l'atteinte à son épaule, il rappelait que le jour même de l'accident, il avait été établi qu'il n'y avait pas d'état dégénératif franc et que le Dr J_____ était allé dans le même sens par la suite, en évoquant un problème traumatique en raison de son jeune âge, dans son rapport du 7 mai 2012. Le Dr H_____ avait en outre indiqué qu'il ne faisait aucun doute que la déchirure partielle de l'insertion distale du tendon du muscle sus-épineux était liée à

l'accident. Ainsi, vu l'absence d'évènement antérieur et de lésions dégénératives, les problèmes à l'épaule étaient également en lien direct avec l'accident du 13 septembre 2011. Au surplus, le Dr K_____ avait indiqué ne pas pouvoir exclure de façon formelle que cette lésion ne puisse être attribuée à ce traumatisme. Ainsi, force était d'admettre que les accidents survenus les 28 avril 2009 et 13 septembre 2011 avaient été les seuls éléments déclencheurs des problèmes de santé de l'assuré. La relation de causalité entre les chutes et les atteintes subies avait été mise en évidence par plusieurs médecins, soit en particulier les Drs H_____, J_____ et I_____. Ces accidents étaient donc une cause – *a minima* – partielle des problèmes de l'assuré et la condition de la relation de causalité était ainsi remplie. L'état de santé de l'assuré ne résultait, en effet, pas exclusivement de sa seule maladie. Il n'était cependant pas nécessaire de déterminer si une éventuelle maladie préexistait aux accidents, mais il convenait uniquement de retenir que ces accidents n'étaient pas de simples causes aléatoires et insignifiantes de l'évolution défavorable de l'état de santé de l'assuré. Il n'était donc pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante que même sans l'accident, l'évolution de santé de l'assuré se serait produite de la même manière dans un délai relativement bref.

38. Par décision sur opposition du 14 octobre 2014, l'assureur a confirmé sa décision du 12 mars 2014. En effet, il soutenait l'existence d'un état antérieur au traumatisme de 2009 concernant la cheville gauche de l'assuré, principalement sur la base des avis des Drs L_____, C_____, G_____ et F_____. A cet égard, il relevait, en particulier, qu'il n'y avait pas de motif de s'écarter des conclusions de ce dernier praticien, même si celui-ci s'était prononcé sans avoir personnellement examiné l'assuré, dès lors que cela n'était pas de nature à discréditer son appréciation. En effet, le dossier sur lequel ce médecin s'était appuyé contenait, en plus des rapports IRM et des radiographies, les rapports des médecins consultés et le rapport d'expertise du Dr L_____, qui avaient été établis sur la base d'examens personnels de l'assuré. Au contraire, l'appréciation du Dr I_____ était à nuancer, dans la mesure où le fait que l'assuré ne présentait pas de douleur avant l'accident ne permettait pas d'affirmer qu'un certain nombre de ses lésions étaient dues à l'accident. S'agissant de l'épaule gauche, l'assureur rappelait notamment les conclusions du Dr G_____ et les résultats de l'arthro-IRM du 14 octobre 2011. De plus, il relevait qu'il était établi que, depuis plusieurs années, l'assuré était un sportif et avait pratiqué la musculation. Enfin, selon le Dr K_____, il ne pouvait être déterminé avec certitude que la déchirure partielle de l'insertion distale du tendon du muscle sus-épineux puisse être totalement liée à l'accident, sans dossier comparatif. De même, le Dr J_____ avait indiqué, concernant l'étiologie de la rupture du tendon du sus-épineux, qu'une origine mixte, traumatique et dégénérative, était rencontrée dans la majorité des cas. Ainsi, pour l'assureur, la simple possibilité que l'accident soit responsable des troubles présentés ne suffisait pas à engager sa responsabilité. En effet, le fait qu'il soit seulement possible que l'accident soit responsable de l'état actuel ne signifiait pas que les plaintes de l'assuré n'aient pas d'autre cause. Il n'était donc pas établi au degré de

vraisemblance requis que le cas devait être couvert par l'assurance-accidents obligatoire. Dès lors, c'était à bon droit que l'assureur avait mis fin à ses prestations pour les suites de l'évènement des 28 avril 2009 et 13 septembre 2011, à la fin décembre 2011 pour le problème de la cheville gauche, et à fin janvier 2012 pour les troubles présentés à l'épaule gauche.

39. Par acte du 14 novembre 2014, l'assuré, représenté par son conseil, a recouru contre la décision précitée, en concluant, préalablement, à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, et principalement, à l'annulation de cette décision, à ce qu'il soit constaté que ses lésions engageaient la responsabilité de l'intimée, au-delà du 31 décembre 2011 pour le problème de la cheville gauche, et au-delà du 31 janvier 2012 pour le problème de l'épaule gauche, et à ce que l'intimée soit ainsi condamnée à prendre en charge ses lésions et à lui verser les prestations dues au titre de la LAA. En substance, le recourant soutenait, s'agissant de l'atteinte à l'épaule gauche, qu'il s'agissait d'une déchirure de tendon au sens de l'art. 9 al. 2 let. f OLAA, conformément aux avis des Drs H_____ et K_____, spécialistes en radiologie. A cet égard, quand bien même certains avis médicaux divergeaient quant au fait de savoir s'il souffrait déjà d'un état antérieur au niveau de l'épaule, il n'était pas forcément nécessaire d'ordonner une expertise judiciaire puisque les experts se rejoignaient sur le fait que la causalité naturelle entre l'accident du 13 septembre 2011 et les pathologies présentes était possible. De plus, aucun des experts n'ayant pu affirmer de façon manifeste que les lésions tendinopathiques étaient exclusivement d'origine malade ou dégénérative, la présomption introduite par l'art. 9 al. 2 OLAA n'était pas renversée et il convenait d'assimiler ces lésions à un accident. Concernant l'atteinte à la cheville gauche, le recourant considérait que les conclusions du Dr G_____ n'étaient pas convaincantes, dans la mesure où elles soutenaient que les accidents des 28 avril et 13 septembre 2011 n'étaient pas des causes concomitantes aux troubles actuels. En effet, ce praticien se contredisait, puisqu'il indiquait, dans le même temps, que les troubles du recourant étaient le résultat de tous les traumatismes qu'il avait eus, avant même celui du 28 avril 2009. De plus, son expertise ne faisait ni référence à l'échographie réalisée le 4 mai 2009, ni à l'IRM pratiquée le 24 juin 2009, qui étaient essentiels pour appréhender la situation de manière complète. Encore, le Dr G_____ tirait des conclusions de l'IRM du 23 mai 2012, alors même qu'il n'y avait pas eu accès. Ainsi, dès lors que ce médecin avait uniquement retenu l'existence de troubles dégénératifs visibles sur les radiographies effectuées en avril 2009, sans tenir compte des lésions subies lors des accidents des 28 avril 2009 et 13 septembre 2011, une pleine valeur probante ne pouvait être accordée à son expertise et il convenait de mettre en œuvre une expertise judiciaire. Le recourant relevait également que le Dr L_____ n'avait pas été en mesure d'affirmer que les lésions à la cheville gauche étaient exclusivement d'origine malade ou dégénérative, le cas n'étant pas encore stabilisé au moment de son expertise. Cependant, à lire aussi bien le Dr L_____ que le Dr G_____, il pouvait être constaté que les deux accidents, quand bien même il existait un état antérieur, avaient joué un rôle sur l'état actuel. Ainsi, dans la mesure où il était

clairement admis que le recourant avait subi deux entorses, l'une le 28 avril 2009 et l'autre le 13 septembre 2011, il était d'avis qu'il s'agissait également d'une lésion assimilée, à savoir plus précisément d'une lésion des ligaments au sens de l'art. 9 al. 2 let. g OLAA. Dans ces conditions, il était tout de même possible de faire l'économie d'une expertise, et la causalité naturelle devait être reconnue entre les accidents des 28 avril 2009 et 13 septembre 2011 et les pathologies présentes. De plus, la présomption introduite par l'art. 9 al. 2 OLAA n'ayant pas été renversée, il convenait d'assimiler les lésions subies à un accident.

40. Dans sa réponse du 12 janvier 2015, l'intimée relevait de prime abord, concernant l'atteinte à la cheville gauche, que le Dr G_____ avait été en possession des dossiers des deux accidents lors de son examen, lesquels comprenaient les radiographies du 28 avril 2009, l'échographie du 4 mai 2009, le rapport IRM du 24 juin 2009 et celui du 23 mai 2012, contrairement aux reproches formulés par le recourant. Sur le fond, il maintenait, principalement sur la base des avis des Drs G_____, F_____, C_____ et L_____, que le recourant avait subi des traumatismes antérieurs aux accidents de 28 avril 2009 et 13 septembre 2011 qui avaient provoqué des lésions dégénératives. A cet égard, il soulignait encore que le recourant lui-même avait rapporté avoir subi deux entorses avant l'évènement de 2009. Ainsi, pour l'intimé, la lésion articulaire existait déjà avant les accidents dont il était question. C'est pourquoi, même si cette lésion pouvait être assimilée à une lésion des ligaments au sens de l'art. 9 al. 2 let. g OLAA, le point de savoir si l'incapacité de travail persistant après fin décembre 2011 et le traitement médical prodigué après cette date étaient en relation avec la symptomatologie déclenchée par l'accident ne devait pas être tranché à l'aune des règles particulières de preuve posées par la jurisprudence concernant les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA. Il devait plutôt l'être au regard des principes généraux applicables lorsqu'un état maladif préexistant était aggravé ou, de manière générale, apparaissait consécutivement à un accident. Aussi, conformément aux avis des Drs G_____, F_____ et L_____, il convenait d'admettre que le lien de causalité naturelle avait été rompu à fin décembre 2011, soit au retour du statu quo à trois mois après l'accident du 13 septembre 2011. S'agissant de l'atteinte à l'épaule gauche, l'intimée estimait que la preuve de l'existence d'une déchirure partielle en lien avec l'accident du 13 septembre 2011 n'avait pas été rapportée avec une vraisemblance suffisante pour emporter conviction. Il n'y avait notamment pas de motif justifiant de s'écarter des conclusions des Drs L_____, F_____ et G_____. Une expertise médicale judiciaire ne se justifiait donc pas. Ainsi, l'intimée maintenait que la simple possibilité que l'accident fût responsable des troubles ne suffisait pas à engager sa responsabilité.
41. Dans ses observations du 19 février 2015, le recourant persistait dans ses conclusions. Il produisait cependant, en complément, le courrier adressé par le Dr N_____ au Dr D_____ le 27 juillet 2009 concernant l'accident du 28 avril

2009, à teneur duquel l'IRM, ainsi que l'examen par ultrasons menés, avaient montré une déchirure du ligament talo-fibulaire associé à un œdème de voisinage.

42. Dans ses déterminations du 11 mars 2015, l'intimée relevait que le dernier document produit par le recourant n'apportait rien de nouveau, dès lors qu'il ressortait clairement du rapport IRM du 24 juin 2009 qu'il existait une déchirure du ligament talo-fibulaire antérieur associée à un œdème des tissus mous de voisinage et que le Dr G _____ avait été en possession de ce rapport lors de la rédaction de son rapport du 18 septembre 2013. L'intimée maintenait donc également ses conclusions.
43. Une copie de ces déterminations a été transmise au recourant le 12 mars 2015, ensuite de quoi la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la LAA.

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
4. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'intimée, au-delà de la fin décembre 2011 pour son atteinte à la cheville gauche, et de la fin janvier 2012 pour son atteinte à l'épaule gauche, plus particulièrement sur le lien de causalité entre les lésions et l'accident du 13 septembre 2011.
5. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

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

(ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

a. Le droit à des prestations découlant d'un accident 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, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

b. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. 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 et 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 toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

6. a. Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le

cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

b. En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2).

7. a. Selon l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. Aux termes de l'art. 9 al. 2 OLAA, édicté par l'autorité exécutive en vertu de cette délégation de compétence, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, les lésions corporelles suivantes, dont la liste est exhaustive, sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire: les fractures (let. a); les déboîtements d'articulations (let. b); les déchirures du ménisque (let. c); les déchirures de muscles (let. d); les élongations de muscles (let. e); les déchirures de tendons (let. f); les lésions de ligaments (let. g); les lésions du tympan (let. h).

Dans un arrêt du 22 février 2002, le Tribunal fédéral a, en particulier, considéré qu'une entorse de la cheville, à la suite d'un mouvement de rotation, correspondait à une lésion de ligament au sens de l'art. 9 al. 2 let. g OLAA (arrêt du Tribunal fédéral U.287/00 Kt consid. 2 d)).

La notion de lésion assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Aussi les assureurs-accidents LAA doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction

précitée, devrait en principe 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, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 129 V 466, ATF 123 V 43 consid. 2b, ATF 116 V 145 consid. 2c, ATF 114 V 298 consid. 3c).

La jurisprudence a précisé les conditions d'octroi des prestations en cas de lésion corporelle assimilée à un accident. C'est ainsi qu'à l'exception du caractère «extraordinaire» de la cause extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident doivent être réalisées (cf. art. 4 LPGa). En particulier, en l'absence d'une cause extérieure - soit d'un événement similaire à un accident, externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et qui présente une certaine importance -, fût-ce comme simple facteur déclenchant des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA, les troubles constatés sont à la charge de l'assurance-maladie (ATF 129 V 466). Le facteur doit être extérieur en ce sens qu'il doit s'agir d'une cause externe et non interne au corps humain (ATF 139 V 327 consid. 3.3.1).

b. Si, par contre, une telle lésion est survenue sans avoir été déclenchée par un facteur extérieur soudain et involontaire, elle est manifestement imputable à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs et il appartient à l'assurance-maladie d'en prendre en charge les suites (arrêt du Tribunal fédéral 8C_357/2007 du 31 janvier 2008).

c. Ces règles sont également applicables lorsqu'une des lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA est survenue lors d'un événement répondant à la définition de l'accident au sens de l'art. 6 al. 1 LAA. En effet, si l'influence d'un facteur extérieur, soudain et involontaire suffit pour ouvrir droit à des prestations de l'assureur-accidents pour les suites d'une lésion corporelle mentionnée à l'art. 9 al. 2 OLAA, on ne voit pas, a fortiori, que cette réglementation spécifique ne doive pas trouver application dans l'éventualité où ce facteur revêt un caractère extraordinaire. Il faut néanmoins que la lésion corporelle (assimilée) puisse être rattachée à l'accident en cause car, à défaut d'un événement particulier à l'origine de l'atteinte à la santé, il y a lieu de conclure à une lésion exclusivement malade ou dégénérative (arrêt du Tribunal fédéral 8C_347/2013 du 18 février 2014 consid. 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 3.2).

d. Les lésions énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA seront assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, ne peut être tenue pour manifeste. Admettre, dans ce cadre, le retour à un statu quo ante ou l'évolution vers un statu quo sine en se fondant sur la vraisemblance prépondérante reviendrait à éluder cette disposition de l'OLAA. On se trouverait du reste à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence de lésions assimilées à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine dégénérative ou accidentelle de ces lésions (arrêt du Tribunal fédéral des

assurances U 162/2006 du 10 avril 2004 consid. 4.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2).

8. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 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).

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

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).

10. a. 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. 3b/cc).

b. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

11. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

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).

12. Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les

références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 359/04 du 20 décembre 2005 consid. 2, U 389/04 du 27 octobre 2005 consid. 4.1 et U 222/04 30 novembre 2004 consid. 1.3).

13. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).
14. En l'espèce, concernant l'atteinte subie par le recourant à sa cheville gauche, l'intimée estime qu'elle n'est plus en lien de causalité avec l'accident du 13 septembre 2011 au-delà de la fin décembre 2011.

En effet, elle retient un statu quo sine à trois mois de l'accident au maximum, ce qui correspond au temps de guérison d'une entorse de la cheville de grade III sans séquelle, et attribue l'atteinte résiduelle à l'existence de lésions en lien avec des traumatismes antérieurs ou dégénératives, sur la base des conclusions des Drs L_____, F_____ et G_____.

Le recourant soutient, en revanche, que quand bien même un état antérieur existerait, l'accident du 13 septembre 2011 a joué un rôle dans la symptomatologie présentée à sa cheville, qui doit être considérée comme une lésion assimilée au sens de l'art. 9 al. 2 let. g OLAA.

Il n'est pas contesté que le recourant ait subi une entorse de grade III à sa cheville gauche, ni qu'il ait déjà connu semblable atteinte par le passé, à tout le moins le 28 avril 2009.

Seule demeure véritablement litigieuse la question de savoir si l'accident du 13 septembre 2011 a joué un rôle dans la survenance de cette atteinte et si celle-ci constitue une lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA.

A cet égard, la chambre de céans relève que, contrairement à ce que soutient l'intimée, quand bien même la survenance d'un accident n'est pas contestée en soi, il importe de déterminer de prime abord si l'atteinte subie par le recourant à sa

cheville constitue une lésion assimilée, dans la mesure où cette question apparaît déterminante dans l'examen de la causalité.

En effet, on rappellera qu'en cas de lésion assimilée, on ne se fondera pas simplement sur le degré de vraisemblance prépondérante pour admettre l'évolution d'une telle atteinte vers un statu quo sine. Ces lésions sont assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, n'est pas clairement établie.

a. Or, comme relevé précédemment, selon la jurisprudence, une entorse est constitutive d'une lésion des ligaments, soit d'une lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 let. g OLAA.

C'est ainsi à tort que l'intimée a contesté l'existence d'une telle lésion, s'agissant de la cheville gauche du recourant.

b. Reste à déterminer si la lésion présentée par le recourant à sa cheville gauche est d'origine exclusivement malade ou dégénérative, ou si l'accident du 13 septembre 2011 a joué un rôle causal dans cette atteinte.

Dans son rapport du 13 décembre 2011, le Dr L_____ indiquait que le diagnostic d'entorse de cheville gauche sur état antérieur était en lien de causalité au moins vraisemblable (>51%) avec l'accident, bien qu'il en réservait l'évolution en raison de l'existence d'un état antérieur.

Dans son rapport du 16 août 2012, le Dr F_____ retenait que les troubles présentés par le recourant à sa cheville étaient la résultante de tous les traumatismes qu'il avait eus, considérant qu'il y avait certainement eu des traumatismes avant celui du 28 avril 2009. Ainsi, il relevait que si une instabilité résiduelle après entorse existait, les épisodes subséquents pouvaient augmenter la symptomatologie douloureuse, quand bien même l'accident du 13 septembre 2011 n'avait pas provoqué de lésion supplémentaire déterminante ou durable aux articulations.

Enfin, dans son expertise du 18 septembre 2013, le Dr G_____ était également d'avis, concernant la cheville du recourant, que les troubles actuels sont le résultat de tous les traumatismes que le patient a eus, tout en précisant que le traumatisme du 13 septembre 2011 n'a pas aggravé la situation, ou que passagèrement.

Ainsi, contrairement à la lecture qu'en fait l'intimée, force est de constater que les experts consultés n'attribuent pas exclusivement les lésions de la cheville gauche du recourant à des lésions antérieures ou dégénératives, à la teneur de leurs rapports.

Or, qu'une atteinte dégénérative ait vraisemblablement joué un rôle important, voire prépondérant, dans la survenance de la lésion, n'est pas déterminant (voir ATF non publiés 8C_347/2013 du 18 février 2014, consid. 4.1 ; 8C_698/2007 du 27 octobre 2008, consid. 5.1).

Compte tenu de ce qui précède, il y a donc lieu de conclure, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la chute du 13 septembre 2011 est, en partie, à l'origine de l'atteinte à la cheville gauche du recourant.

c. S'agissant du statu quo, l'intimée l'a fixé à la fin décembre 2011, en se basant essentiellement sur les conclusions du Dr G_____.

En effet, dans son expertise du 18 septembre 2013, le Dr G_____ fixait le statu quo sine à trois mois du traumatisme, correspondant au temps de guérison d'une entorse de cheville de grade III sans séquelle.

Or, on rappellera qu'en cas de lésion assimilée, le statu quo ne peut être déterminé en se fondant sur la vraisemblance prépondérante, dès lors que cela reviendrait à éluder l'art. 9 al. 2 OLAA. En effet, à la teneur de cette disposition, les lésions qui y sont énumérées doivent être assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, ne peut être tenue pour manifeste.

Ainsi, dans la mesure où, tel qu'examiné précédemment, il ressort des conclusions du Dr G_____ que l'accident du 13 septembre 2011 a, du moins en partie, déclenché les symptômes douloureux présentés par le recourant à sa cheville gauche, et que ce praticien ne détermine pas le moment à partir duquel cette symptomatologie serait exclusivement attribuée à une origine malade ou dégénérative, on ne saurait se fonder sur le statu quo fixé à trois mois dans son rapport, sur la base de la vraisemblance prépondérante.

Dans son rapport du 13 décembre 2011, le Dr L_____ avait d'ailleurs estimé qu'il était trop tôt pour trancher sur l'évolution de l'atteinte à la cheville du recourant. Il convenait d'attendre les effets du traitement conservateur, dès lors que la stabilité de la cheville était également difficile à évaluer.

Par conséquent, c'est à tort que l'intimée a retenu un statu quo sine à fin décembre 2011 concernant cette atteinte, étant relevé que le recourant a finalement dû subir une arthroscopie de la cheville gauche, effectuée par le Dr I_____ le 7 janvier 2014.

A cet égard, on remarquera qu'après la chute du 28 avril 2009, qu'elle avait prise en charge, l'intimée avait d'ailleurs réservé la couverture d'une éventuelle intervention chirurgicale ultérieure à la cheville gauche du recourant.

Dès lors, il incombera à l'intimée d'examiner à nouveau à partir de quelle date, postérieurement à l'intervention chirurgicale précitée du 7 janvier 2014, le statu quo sine/ante aura été atteint.

15. S'agissant de l'atteinte subie par le recourant à son épaule gauche, l'intimée est d'avis qu'elle n'est plus en lien de causalité avec l'accident du 13 septembre 2011 au-delà de la fin janvier 2012. En effet, elle retient le diagnostic de contusion de l'épaule gauche, sans lésion traumatique franche et déterminante, et ainsi, le statu quo de huit à douze semaines, établis par le Dr G_____, attribuant toute atteinte

résiduelle à une origine dégénérative, vraisemblablement causée par l'activité sportive du recourant.

Le recourant soutient, pour sa part, l'existence d'une déchirure du tendon à son épaule gauche, consécutive à l'accident du 13 septembre 2011 et également constitutive d'une lésion assimilée au sens de l'art. 9 al. 2 let. f OLAA.

Il se réfère, en particulier, aux avis des Drs H_____ et K_____, spécialistes en radiologie, qui se démarquent des conclusions des Drs L_____, F_____ et G_____, dans la mesure où ils retiennent précisément une déchirure partielle de l'insertion distale du tendon du muscle sus-épineux.

a. Certes, dans son rapport du 19 octobre 2011, établi suite à l'arthro-IRM de l'épaule gauche du recourant du 14 octobre 2011, le Dr K_____ concluait à un impingement sous-acromial, associé à une lésion du tiers antérieur du tendon sus-épineux, visible sur une extension d'environ 15 mm, sans signe de déchirure ou de lésion transfixiante, une absence de lésion au niveau du bourrelet glénoïdien, une réduction de la distension du récessus gléno-huméral, suggérant une possible capsulite rétractile, une arthrose au niveau de l'articulation acromio-claviculaire avec signes inflammatoires actifs, ainsi qu'une bonne trophicité musculaire.

Sur cette base, le Dr L_____ retenait un diagnostic de tendinite post-traumatique du sus-épineux, avec absence de lésion dégénérative de l'articulation acromio-claviculaire ou de lésion du bourrelet glénoïdien, précisant qu'il n'y avait pas de lésion du labrum antéro-inférieur, ni de lésion de Bankart, mais une lésion très partielle du tendon du sus-épineux gauche.

De même, à la lecture de cet arthro-IRM, le Dr F_____ indiquait qu'il n'existait pas de lésion du bourrelet antéro-inférieur au niveau de l'épaule gauche, mais une tendinite du sus-épineux. Il retenait ainsi un diagnostic de tendinite du sus-épineux, sans déchirure ni lésion traumatique.

Enfin, le Dr G_____ retenait également un diagnostic de tendinite du muscle sus-épineux gauche sans déchirure, au vu de cette IRM.

Cependant, il convient de relever que, dans son rapport complémentaire du 11 février 2014, le Dr K_____ indiquait qu'après relecture de l'arthro-IRM du 14 octobre 2011, il n'était pas possible d'établir avec certitude que la déchirure partielle de l'insertion distale du tendon du muscle sus-épineux puisse être totalement liée à l'accident, sans dossier comparatif antérieur, même s'il ne pouvait être exclu de façon formelle que cette lésion ne puisse pas être attribuée à ce traumatisme. Ce praticien reconnaissait ainsi l'existence d'une déchirure partielle.

De même, dans son rapport du 11 novembre 2013, le Dr H_____ concluait à un foyer de déchirure partielle de l'insertion distale du versant articulaire du tendon du muscle sus-épineux, au vu de ladite IRM.

Le Dr E_____ concluait également à une déchirure partielle du tendon sus-épineux gauche et à une déchirure du labrum antéro-inférieur (lésion de Bankart), dans son rapport du 2 novembre 2011.

Encore, dans ses rapports des 19 mars 2012 et 7 mai 2012, le Dr J_____ faisait état d'une rupture du tendon du sus-épineux.

Or, la chambre de céans observe, en particulier, que les Drs K_____ et H_____, qui retiennent une déchirure partielle du tendon à l'épaule du recourant, sont des spécialistes en radiologie, contrairement aux Drs L_____, F_____ et G_____.

De plus, il ressort des rapports des Drs L_____, F_____ et G_____ que ceux-ci s'étaient principalement basé sur la première lecture de l'arthro-IRM du 14 octobre 2011 effectuée par le Dr K_____ pour infirmer une déchirure du tendon à l'épaule du recourant, alors que ce dernier est revenu par la suite sur cette constatation.

Partant, contrairement à ce qu'a retenu l'intimée, il apparaît établi, au degré de vraisemblance requis, que le recourant a subi une déchirure, à tout le moins partielle, du tendon à son épaule gauche et qu'une telle lésion est constitutive d'une lésions assimilée au sens de l'art. 9 al. 2 let. f OLAA.

b. Il convient, dès lors, également de déterminer si cette lésion est d'origine exclusivement malade ou dégénérative, ou si l'accident du 13 septembre 2011 a joué un rôle causal dans cette atteinte.

Dans son rapport du 13 décembre 2011, le Dr L_____ indiquait que son diagnostic de tendinite post-traumatique du sus-épineux était retenu pour les suites de l'accident du 13 septembre 2011.

Dans son rapport du 16 août 2012, le Dr F_____ indiquait que cet accident était une cause concomitante des troubles présentés à l'épaule, estimant que des troubles dégénératifs, liés à l'activité de musculation effectuée par le recourant, étaient également survenus.

Enfin, dans son expertise du 18 septembre 2013, le Dr G_____ retenait également que ledit accident n'était pas la seule et unique cause des troubles à l'épaule gauche, mais qu'il y avait une concomitance avec une lésion dégénérative acromio-claviculaire.

Ainsi, force est de constater ici aussi, que les experts consultés n'attribuent pas exclusivement l'atteinte subie par le recourant à son épaule à une atteinte d'origine malade ou dégénérative, mais à une concomitance entre l'accident du 13 septembre 2011 et des troubles dégénératifs.

c. Concernant le statu quo, le Dr L_____ retenait une rémission quatre mois après le traumatisme, soit le 13 janvier 2012.

Le Dr F_____ pronostiquait, pour sa part, un statu quo ante à huit semaines après le traumatisme et attribuait les troubles résiduels à des lésions dégénératives,

vraisemblablement provoquées par l'activité de musculation pratiquée par le recourant.

Le Dr G_____ évoquait, quant à lui, une fourchette de huit à douze semaines, estimant que la symptomatologie résiduelle postérieure serait en relation directe avec la lésion dégénérative acromio-claviculaire comprimant le tendon du sus-épineux, tel qu'objectivé sur l'IRM du 14 octobre 2011.

Or, comme examiné précédemment, en cas de lésion assimilée, il n'y a pas lieu de se fonder simplement sur le degré de vraisemblance prépondérante pour déterminer le statu quo, dès lors que ces lésions sont assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, ne peut être tenue pour manifeste. A cet égard, force est de constater que les experts n'établissent pas de date à partir de laquelle l'atteinte à l'épaule gauche du recourant serait exclusivement attribuée à une maladie ou des lésions dégénératives.

Partant, le statu quo retenu par l'intimée à la fin janvier 2012 n'est pas admissible et il lui reviendra également d'examiner à nouveau la date à partir de laquelle le statu quo sine aura été atteint, à la teneur des principes applicables en cas de lésion assimilée.

16. Compte tenu de ce qui précède, le recours est bien fondé. La décision litigieuse sera annulée, dans la mesure où les lésions subies par le recourant, tant à sa cheville gauche qu'à son épaule gauche, constituent des lésions assimilées au sens de l'art. 9 al. 2 let. g, respectivement let. f, OLAA, et que les pièces versées à la procédure ne permettent pas de retenir, en l'état, un statu quo ante/sine pour ces lésions. La cause sera ainsi renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision.
17. Dès lors que la question du lien de causalité naturelle a pu être tranchée en l'état du dossier, il apparaît inutile d'administrer d'autres preuves, soit notamment d'ordonner la mise en œuvre d'une expertise judiciaire comme le sollicite le recourant.
18. Le recourant, représenté et obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui est allouée à titre de participation à ses frais et dépens, compte tenu du nombre d'écritures (art. 61 let. g LPGA). Pour le surplus, 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. L'admet et annule la décision sur opposition de l'intimée du 14 octobre 2014.
3. Dit que l'intimée doit reprendre le versement des prestations légales à compter du 1^{er} janvier 2012 pour l'atteinte à la cheville gauche du recourant, et dès le 1^{er} février 2012 pour l'atteinte à son épaule gauche.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.
5. Condamne l'intimée à verser au recourant une indemnité de procédure de CHF 2'000.-, au titre de dépens.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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