

## GE\_GERICHTE A/4963/2017 vom 29. Januar 2019

GE Cour de justice, 2019-01-29, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_4963\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4963_2017)

FR: GE\_GERICHTE A/4963/2017 du 29 janvier 2019

IT: GE\_GERICHTE A/4963/2017 del 29 gennaio 2019

### Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 29.01.2019 A/4963/2017

A/4963/2017 ATAS/70/2019 du 29.01.2019 ( LAA ), REJETE En fait En droit rÉpublique et canton de genÈve POUVOIR JUDICIAIRE A/4963/2017 ATAS/70/2019 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 29 janvier 2019 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, sise Römerstrasse 37, WINTERTHUR, représentée par SWICA ORGANISATION DE SANTE, Direction régionale de Lausanne, sise avenue Mon-Repos 22, LAUSANNE intimée EN FAIT 1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1971, a travaillé comme chef de cuisine auprès du Café B\_\_\_\_\_ Sàrl (ci-après : l'employeur), avant de démissionner avec effet au 30 septembre 2011. À ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de Swica Assurances SA (ci-après : SWICA ou l'intimée). [endif]>![if> 2. Le 13 septembre 2011, l'assuré est tombé dans les escaliers sur son lieu de travail, tel que cela ressort de la déclaration d'accident établie par son employeur le 15 septembre 2011 ; il était alors en incapacité totale de travailler. [endif]>![if> 3. SWICA a pris en charge les suites de cet accident. [endif]>![if> 4. Le 28 avril 2009, l'assuré avait déjà chuté dans les escaliers sur son précédent lieu de travail, ce qui l'avait blessé au pied, selon la déclaration de sinistre transmise par son ancien employeur. L'assuré avait alors été mis en arrêt de travail. Selon une note téléphonique établie par l'assureur le 16 septembre 2009, le cas avait pu être clôturé, sous réserve d'une indication chirurgicale ultérieure. Dans ce cadre, les rapports suivants avaient en particulier été établis : [endif]>![if> - un rapport du 29 avril 2009, du docteur C\_\_\_\_\_, radiologue, faisant suite à des radiographies de la cheville gauche, faisant état d'une irrégularité de la pointe de la malléole externe, compatible avec des arrachements osseux, dont l'aspect était plutôt évocateur d'anciens traumatismes, d'une tuméfaction des tissus mous para-malléolaires, et d'une ostéophytose minime du pilon tibial antérieur et postérieur sur le cliché de profil ; [endif]>![if> - un rapport établi le 24 mai 2009 par le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale, diagnostiquant une entorse de la cheville gauche ; [endif]>![if> - un rapport d'imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) de la cheville gauche établi le 24 juin 2009 par le docteur E\_\_\_\_\_, radiologue, faisant état d'une déchirure du ligament talo-fibulaire antérieure associée à un œdème, à corrélérer avec les radiographies standard, mais également d'une déchirure du ligament péronéo-astragalien antérieur et d'une probable lésion partielle de quelques fibres insertionnelles distales du tendon d'Achille, associée à une petite bursite du tendon calcanéen ; [endif]>![if> - un rapport du 27 juillet 2009, du docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique : les imageries montraient une déchirure du ligament talo-fibulaire antérieur associé à un œdème. Le

pratiquien 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'instabilité clinique, une opération chirurgicale n'était pas nécessaire dans l'immédiat. [endif]>[if> 5. Des radiographies de l'épaule, du poignet et de la cheville ont été pratiquées le jour de l'accident, le 13 septembre 2011. Selon le rapport du docteur G\_\_\_\_\_, radiologue, elles n'ont pas montré de fracture. [endif]>[if> 6. Dans deux rapports datés des 19 septembre et 4 octobre 2011, établis à la suite de l'accident du 13 septembre 2011, le docteur H\_\_\_\_\_, de la consultation d'urgence de la Clinique des Grangettes, a posé les diagnostics d'entorse modérée de la cheville gauche, d'entorse du poignet gauche et de contusion de l'épaule gauche. L'assuré avait chuté dans les escaliers sur son lieu de travail et s'était réceptionné sur le poignet gauche en hyperextension, ce qui lui avait occasionné un trauma au niveau du moignon de l'épaule gauche. Dans sa chute, l'assuré avait également été victime d'une torsion de la cheville gauche en inversion. Ces lésions étaient uniquement dues à l'accident. Un traitement conservateur et un arrêt de travail avaient été prescrits. [endif]>[if> 7. Le 14 octobre 2011, une IRM de l'épaule gauche a été réalisée. Dans son rapport, le Dr E\_\_\_\_\_ a conclu à un « impingement sous-acromial », 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 réduction de la distension du récessus gléno-huméral, suggérant une possible capsulite rétractile, et à une arthrose de l'articulation acromio-claviculaire, avec signes inflammatoires actifs. [endif]>[if> 8. Le 31 octobre 2011, le Dr D\_\_\_\_\_ a posé 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. L'évolution des atteintes du poignet et de la cheville était bonne, tandis que l'épaule présentait un problème persistant. L'incapacité de travail demeurait totale. [endif]>[if> 9. Dans un rapport du 2 novembre 2011, le docteur I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué que l'assuré déambulait sans boiterie sur de courtes distances, que sa cheville gauche ne présentait aucun hématome et que sa mobilité en flexion-extension était complète. Sa force musculaire des péroniers était asymétrique en défaveur du côté gauche et une importante instabilité dans le plan antéro-postérieur était constatée. Il y avait des séquelles d'entorse grave, avec une incompétence des faisceaux ligamentaires péronéo-astragalien antérieur et péronéo-calcanéen, de sorte qu'une plastie de reconstruction ligamentaire était préconisée. La mobilité active de l'épaule gauche était complète, tandis que la « mise en tension » du complexe sus-épineux était douloureuse, avec des signes de micro-instabilité dans le plan antéro-inférieur. Au plan radiologique, l'IRM d'octobre 2011 montrait une déchirure partielle du tendon sus-épineux, ainsi qu'une déchirure-désinsertion du labrum antéro-inférieur (lésion de Bankart), qui n'avait pas été décrite par le radiologue. À six semaines du traumatisme, une cicatrisation spontanée pouvait encore être espérée, mais en cas de persistance de la limitation fonctionnelle et des douleurs, il conviendrait de discuter d'une révision chirurgicale par arthroscopie. [endif]>[if> 10. SWICA a confié une première expertise au docteur J\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur auprès de la clinique Corela. Dans son rapport du 13 décembre 2011, l'expert a retenu les diagnostics suivants, dont il a précisé qu'ils étaient en lien de causalité au moins vraisemblable avec l'accident (>51%) et avec répercussion sur la capacité de travail : entorse de cheville gauche sur état antérieur et tendinite

post-traumatique du sus-épineux, sans lésion dégénérative de l'articulation acromio-claviculaire ni lésion du bourrelet glénoïdien. S'agissant de la cheville gauche, les IRM de 2009 montraient l'absence du ligament tibio-fibulaire antérieur, ce qui témoignait d'une lésion ancienne, ainsi qu'une lésion dudit ligament, 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, démontrant une atteinte préexistante. L'accident du 13 septembre 2011 était donc survenu sur une cheville déjà atteinte, et cet état antérieur était prépondérant. Il était encore trop tôt pour déterminer l'évolution de l'atteinte de la cheville, dont la stabilité ne pouvait pas encore être évaluée. Comme il était tout-à-fait possible que le statu quo sine soit atteint après les traitements préconisés, il convenait d'attendre les effets du traitement conservateur. Aucune indication opératoire n'était posée à ce stade, 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 montrait une lésion très partielle du tendon du sus-épineux gauche. Par ailleurs, il ne ressortait pas de l'arthrographie de l'épaule gauche de lésion dégénérative de l'articulation acromio-claviculaire. Par conséquent, il retenait un diagnostic de tendinite post-traumatique du sus-épineux, ne justifiant pas d'intervention chirurgicale. En l'absence de lésion dégénérative de l'articulation acromio-claviculaire ou de lésion du bourrelet glénoïdien et 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 si le travail n'était pas repris, la situation devait être réévaluée. ¶ 11. Se ralliant aux conclusions de l'expert J\_\_\_\_\_, SWICA, par décision du 2 février 2012, a considéré dans un premier temps que l'assuré pouvait reprendre une activité professionnelle à 50% dès le 13 février 2012, puis à 100% dès le 29 février 2012. Saisi d'une opposition de l'assuré, SWICA a finalement annulé cette décision après avoir reçu diverses pièces, notamment : un 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 d'une sensation d'instabilité de la cheville. Des radiographies confirmaient l'impression clinique de laxité interne. Une correction chirurgicale de l'épaule et de la cheville était envisagée ; un rapport du docteur K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur, daté du 19 mars 2012 et complété le 7 mai 2012 : il préconisait une arthroscopie de l'épaule avec réinsertion du tendon du sus-épineux, seule intervention propre à diminuer les douleurs et à restituer la force, suite à la déchirure de la coiffe des rotateurs. S'agissant de l'étiologie de la rupture du tendon sus-épineux, une origine mixte traumatique et dégénérative était rencontrée dans la majorité des cas, mais au vu du jeune âge de l'assuré (40 ans), un mécanisme traumatique prépondérant était en l'occurrence plus vraisemblable. Pour le reste, l'incapacité de travail demeurait totale, vu l'intensité des douleurs rapportées par l'assuré ; un rapport d'IRM de la cheville gauche établi le 24 mai 2012 par le docteur K\_\_\_\_\_, radiologue, concluant à une lésion ostéo-chondrale du dôme astragalien supéro-latéral, avec une fissure cartilagineuse s'étendant jusqu'à l'os sous-chondral, et à un kyste de l'articulation sous-talienne postérieure. En outre, étaient constatées 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, mais également

d'un œdème et d'une géode sous-corticale malléolaire interne. Enfin, il y avait des signes de synovite au niveau de la gouttière antéro-latérale ce qui permettait de suspecter un conflit antéro-latéral en rapport avec le status post-entorse ;

12. L'assureur a invité le docteur M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, à se déterminer sur le cas de l'assuré. Dans un rapport établi sur dossier le 16 août 2012, ce médecin a retenu, s'agissant de la cheville, le diagnostic de « séquelles d'entorses itératives ». Les accidents des 28 avril 2009 et 13 septembre 2011 n'étaient pas les seules 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, vu l'instabilité résiduelle. Les troubles présentés étaient donc la résultante de tous les traumatismes que l'assuré avait eus, dont certains étaient sans doute antérieurs à celui du 28 avril 2009. La dernière IRM de la cheville, qui ne figurait pas au dossier, semblait mettre en évidence des lésions de l'astragale, soit des lésions dégénératives certainement en rapport avec l'instabilité chronique de la cheville. À son sens, le statu quo ante ne serait certainement jamais atteint. Comme l'assuré avait vraisemblablement subi une entorse grave de la cheville avant l'évènement du 28 avril 2009, il n'était pas exclu, au vu des éléments dégénératifs décrits, que même sans les entorses bénignes mentionnées dans les deux dossiers, l'évolution eut 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 pas provoqué de lésion supplémentaire aux articulations. S'agissant de l'épaule, à la lecture de l'arthro-IRM, le Dr M\_\_\_\_\_ ne retenait qu'un diagnostic de tendinite du sus-épineux, sans déchirure ni lésion traumatique ou lésion de Bankart (lésion du bourrelet antéro-inférieur). L'accident du 13 septembre 2011 n'était qu'une cause concomitante des troubles présentés. En effet, il était seulement possible que ces troubles soient dus à cet accident, dans la mesure où ils pouvaient aussi résulter de l'activité de musculation que l'assuré exerçait régulièrement. Pour le praticien, les troubles étaient plus vraisemblablement d'origine dégénérative que traumatique. Il n'y avait pas eu de lésion déterminante ou durable liée au traumatisme de 2011, jugé bénin. Il fixait donc le retour au statu quo ante et sine 8 semaines après l'évènement du 13 septembre 2011.

13. En octobre 2012, l'assuré a informé SWICA qu'il devait subir une opération de la cheville aux HUG ; SWICA n'a pas confirmé la prise en charge de cette intervention.

14. Dans un certificat du 28 octobre 2012, le Dr D\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré présentait une lassitude, une angoisse et des traits dépressifs. Malgré des traitements de réadaptation adéquats, l'épaule restait douloureuse et se bloquait lors de certains mouvements de torsion, alors que la cheville présentait une laxité évidente et nécessitait d'éviter les terrains instables. Des spécialistes avaient préconisé une arthroscopie de l'épaule gauche en rapport avec une lésion du sus-épineux et une arthroscopie de la cheville gauche liée à une séquelle d'entorse (lésion du dôme externe du talus et kyste sous-talien).

15. Par pli du 26 novembre 2012, SWICA a informé l'assuré qu'elle entendait mettre fin aux prestations versées pour les évènements des 28 avril 2009 et 13 septembre 2011, respectivement à fin décembre 2011 pour la cheville gauche et à fin novembre 2011 pour l'épaule gauche.

16. À la suite d'un échange de

correspondance avec l'assuré, qui contestait la fin des prestations, SWICA a accepté de diligenter une seconde expertise, qu'elle a confiée cette fois-ci au docteur N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.!

17. Dans son rapport du 18 septembre 2013, l'expert N\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics suivants : contusion de l'épaule gauche ; entorse de la cheville gauche dans le cadre d'une instabilité chronique ; tendinite du tendon du muscle sus-épineux gauche, sans déchirure ; arthrose acromio-claviculaire gauche avec impingement antérieur (NDR : empreinte sur le tendon du sus-épineux) ; arthrose tibio-astragalienne gauche secondaire ; tendinopathie du tendon d'Achille gauche ; obésité morbide ; suspicion de tunnel carpien et irritabilité du nerf ulnaire du coude gauche. S'agissant de la cheville, il n'y avait selon l'expert pas de lésion traumatique « fraîche », mais des séquelles d'entorse itérative de la cheville. Des lésions dégénératives étaient déjà présentes lors des premiers clichés radiologiques de 2009, ce qui impliquait de manière certaine que des entorses s'étaient produites avant les événements incriminés. Les troubles actuels étaient le résultat de tous les traumatismes que le patient avait eus et les événements des 28 avril 2009 et 13 septembre 2011 n'avaient pas aggravé la situation, ou seulement passagèrement. Les traumatismes antérieurs à 2009, qui étaient à l'origine des plaintes actuelles, avaient provoqué une lésion articulaire dégénérative franche se traduisant à l'anamnèse par des douleurs mécaniques et une instabilité, au plan clinique par une mobilisation extrêmement douloureuse de la tibio-astragalienne et de la sous-talienne, enfin au plan radiologique par une arthrose tibio-astragalienne nette selon les clichés réalisés en urgence le 28 avril 2009, associée à une absence de lésion « fraîche » sur l'IRM. La dernière IRM semblait mettre en évidence des lésions de l'astragale, c'est-à-dire des lésions dégénératives liées à l'instabilité chronique de la cheville. Pour les deux derniers traumatismes, le statu quo sine pouvait être fixé à trois mois, ce qui correspondait au temps de guérison d'une entorse de cheville de grade III exempte de séquelle. S'agissant de l'épaule, l'accident du 13 septembre 2011 n'était qu'une cause concomitante des troubles actuels, qui ne résultaient que de façon possible de cet événement. En effet, le traumatisme bénin décrit par l'assuré n'avait pas provoqué de lésion traumatique franche et l'arthro-IRM du 14 octobre 2011 avait clairement mis en évidence un rétrécissement de l'espace sous acromial et une arthrose acromio-claviculaire avec ostéophytes, comprimant le tendon du sus-épineux et entraînant une lésion inflammatoire du tiers antérieur dudit tendon, sans signe de déchirure partielle. Dès lors, l'expert retenait une causalité naturelle pour le diagnostic de « tendinite du sus-épineux post traumatique, sans lésion déterminante durable objectivée ». Le statu quo sine pouvait être fixé dans une fourchette de huit à douze semaines après le traumatisme, soit en l'occurrence au 13 janvier 2012. Au-delà de cette date, la symptomatologie résiduelle était liée à la lésion dégénérative acromio-claviculaire comprimant le tendon sus-épineux, telle qu'objectivée sur l'IRM du 14 octobre 2011. Même si elle n'avait pas occasionné de plaintes, l'arthrose acromio-claviculaire existait déjà avant l'évènement en question. Enfin, comme le statu quo sine était atteint, il n'y avait pas de restriction théorique de la capacité de travail.

18. Le 21 octobre 2013, SWICA a confirmé les termes de son courrier du 26 novembre 2012 mettant fin aux prestations et invité l'assuré à se déterminer sur l'expertise du Dr N\_\_\_\_\_.

18. Le 28 novembre 2013, l'assuré a demandé à SWICA de reconsidérer sa position et produit de nouvelles pièces, soit : - un avis du 11 novembre 2013, établi par le docteur O\_\_\_\_\_, radiologue, 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, sans déchirure

transfixiante ni 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 le traumatisme, la déchirure partielle de l'insertion distale du tendon du muscle sus-épineux était liée à l'accident ; ![/endif]>![if > - un rapport du Dr L\_\_\_\_\_ du 8 novembre 2013 : l'assuré présentait plusieurs lésions de la cheville, 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 laissait clairement penser que certaines lésions étaient dues à son accident. Il était toutefois impossible de l'affirmer avec certitude, bien que les lésions du dôme latéral du talus étaient en général d'origine traumatique. Dans tous les cas, en l'absence de traumatisme, l'arthroscopie à venir n'aurait jamais été nécessaire ; ![/endif]>![if > - un rapport du Dr D\_\_\_\_\_ du 13 novembre 2013, relevant, concernant l'épaule, que les examens cliniques et la relecture de l'IRM d'octobre 2011 par le Dr O\_\_\_\_\_ confirmaient une déchirure partielle de l'insertion distale du tendon du muscle sus-épineux et une absence d'arthrose. Ces constatations permettaient de conclure formellement qu'un accident était à l'origine des plaintes de l'assuré, ce qui corroborait les conclusions des Drs I\_\_\_\_\_ et K\_\_\_\_\_. L'épaule avait retrouvé une bonne partie de sa fonctionnalité, mais l'assuré continuait de ressentir des douleurs à la mobilisation et pendant la nuit. Concernant la cheville, la lésion ligamentaire externe avait conduit à une instabilité articulaire et une opération avait été préconisée. Au vu des deux pathologies, un arrêt de travail demeurait justifié jusqu'à ce que les corrections chirurgicales soient effectuées. ![/endif]>![if > 19. L'assuré a été opéré aux HUG le 19 décembre 2013. Selon le rapport opératoire établi par le Dr L\_\_\_\_\_, l'assuré a subi une arthroscopie de la cheville gauche, ainsi qu'une révision du tunnel tarsien. Les diagnostics suivants ont été retenus : syndrome antéro-latéral de la cheville gauche ; lésion ostéochondrale de la cheville gauche ; kyste du tunnel tarsien gauche. ![/endif]>![if > 20. Dans un rapport du 11 février 2014, le Dr E\_\_\_\_\_ a précisé qu'après relecture de l'arthro-IRM de l'épaule gauche qu'il avait réalisée le 14 octobre 2011 et en l'absence d'un dossier comparatif antérieur, il ne pouvait ni établir avec certitude, ni formellement exclure, que la déchirure partielle de l'insertion distale du tendon du sus-épineux était totalement liée à l'accident. Par ailleurs, il confirmait l'existence de discrets signes d'arthrose acromio-claviculaire du côté gauche. ![/endif]>![if > 21. Par décision du 12 mars 2014, confirmée sur opposition le 14 octobre 2014, SWICA a mis fin aux prestations à fin décembre 2011 pour la cheville gauche et à fin janvier 2012 pour l'épaule gauche, tout en renonçant à solliciter le remboursement des prestations versées jusqu'au 30 novembre 2012. SWICA s'est fondée sur les rapports des Drs N\_\_\_\_\_ et M\_\_\_\_\_, lesquels avaient évoqué des traumatismes antérieurs – à l'instar des Drs C\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_ – et fixé le statu quo sine des lésions de la cheville trois mois après les accidents des 28 avril 2009 et 13 septembre 2011. S'agissant de l'épaule, SWICA s'est référée aux conclusions du Dr N\_\_\_\_\_, à teneur desquelles les troubles ne résultaient que de manière possible de l'accident du 13 septembre 2011 et devaient se résorber dans une fourchette de 8 à 12 semaines. Enfin, SWICA a relevé que les Drs E\_\_\_\_\_ et K\_\_\_\_\_ ne pouvaient pas déterminer de manière certaine si la déchirure partielle du tendon du sus-épineux de l'épaule gauche résultait d'un accident ou d'une dégénérescence. ![/endif]>![if > 22. Saisie d'un recours de l'assuré, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : CJCAS), par arrêt du 9 juin 2015, l'a admis et annulé la décision sur opposition du 14 octobre 2014. Elle a dit que SWICA devait reprendre le versement de prestations LAA en

faveur de l'assuré dès le 1<sup>er</sup> janvier 2012 s'agissant de sa cheville gauche, respectivement dès le 1<sup>er</sup> février 2012 s'agissant de son épaule gauche. Elle a en outre renvoyé la cause à SWICA pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.!

!> Dans ses considérants, la CJCAS a retenu que l'assuré avait souffert de lésions assimilées à un accident, tant au niveau de sa cheville gauche (entorse de grade III) que de son épaule gauche (déchirure au moins partielle du tendon sus-épineux). De jurisprudence constante, ces lésions devaient être assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative ne pouvait être tenue pour manifeste. Or, l'expert N\_\_\_\_\_ avait fixé le retour au statu quo sine de la cheville gauche à fin décembre 2011, sans se prononcer sur le moment à partir duquel la symptomatologie douloureuse pouvait être attribuée exclusivement à une origine malade ou dégénérative. De son côté, l'expert J\_\_\_\_\_ avait souligné en décembre 2011 qu'il était trop tôt pour se prononcer sur l'évolution de la cheville et qu'il convenait d'attendre les effets d'un traitement conservateur. C'était partant à tort que l'intimée avait retenu un retour au statu quo sine à fin décembre 2011. L'assuré ayant subi une arthroscopie de la cheville gauche le 7 janvier 2014, la CJCAS a invité l'intimée à examiner à nouveau à partir de quelle date, postérieure à l'intervention du 7 janvier 2014, le statu quo sine vel ante de cette cheville pouvait être fixé. S'agissant de l'atteinte de l'épaule gauche, les experts n'avaient pas davantage établi à partir de quand elle pouvait être attribuée exclusivement à une maladie ou à des lésions dégénératives, de sorte que le statu quo sine retenu à fin janvier 2012 ne pouvait pas non plus être confirmé. 23. À la suite de cet arrêt, SWICA a diligenté une troisième expertise auprès du docteur P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel a examiné l'assuré les 6 et 23 mai 2016.

!> Dans son rapport, l'expert a indiqué que l'assuré souffrait déjà avant son accident du 28 avril 2009 d'une affection préexistante, à savoir d'une instabilité partielle externe chronique de la cheville gauche (incompétence partielle des ligaments). Le traumatisme du 28 avril 2009 avait engendré une lésion du ligament talo-fibulaire antérieur gauche et donc aggravé cet état préexistant, mais seulement jusqu'au 17 août 2009. En effet, l'évolution s'était révélée favorable et la symptomatologie clinique liée à l'accident avait totalement disparu au 17 août 2009, ce qui avait permis la reprise du travail et du sport. Le processus maladif dégénératif s'était par la suite poursuivi. Après avoir présenté une capacité de travail nulle du 28 avril au 16 août 2009, puis de 50% du 17 au 30 août 2009, l'assuré avait pleinement recouvré son aptitude à travailler. Il pratiquait par ailleurs différents sports (musculation, vélo et natation) et la déchirure du ligament talo-fibulaire antérieur n'apparaissait plus sur l'IRM réalisée le 23 mai 2012. Le 13 septembre 2011, l'assuré avait subi un nouveau traumatisme en glissant sur des marches d'escalier ; ce nouvel accident avait aggravé l'état antérieur de la cheville jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2012, date à laquelle l'aggravation pouvait être considérée comme résorbée. En effet, trois mois après l'accident, le médecin traitant avait évoqué un « presque retour au statu quo ante ». Les symptômes cliniques postérieurs au 1<sup>er</sup> janvier 2012 découlaient seulement d'une instabilité chronique de la cheville, c'est-à-dire d'une maladie, décompensée par l'obésité. S'agissant de l'épaule gauche, l'assuré souffrait déjà avant son accident du 13 septembre 2011 d'une tendinopathie chronique du muscle sus-épineux et d'un conflit sous-acromial débutant. Quatre mois après l'accident, soit au 1<sup>er</sup> février 2012, on pouvait considérer que cette aggravation était guérie, la symptomatologie clinique et les lésions constatées ayant disparu. Il s'agissait en outre de la durée usuelle de guérison d'une lésion partielle du tendon, en présence d'une tendinopathie préexistante. À partir du 1<sup>er</sup> février 2012, la

symptomatologie était d'origine purement dégénérative. En définitive, l'accident du 28 avril 2009 avait entraîné dans l'activité de chef de cuisine une incapacité de travail de 100% du 28 avril au 16 août 2009, puis de 50% du 17 au 30 août 2009. Quant à l'accident du 13 septembre 2011, il avait entraîné une incapacité de travail de 100% du 13 septembre 2011 au 1<sup>er</sup> février 2012. 24. Faisant siennes les conclusions de l'expert P\_\_\_\_\_, SWICA, par décision du 26 octobre 2016, a mis fin à ses prestations avec effet au 31 décembre 2011 pour la cheville gauche et au 31 janvier 2012 pour l'épaule gauche. S'agissant de la cheville, l'accident du 28 avril 2009 (lésion du ligament talo-fibulaire) n'avait que transitoirement aggravé un état de santé préexistant (instabilité partielle chronique) jusqu'au 17 août 2009 et celui du 13 septembre 2011 n'avait entraîné qu'une péjoration temporaire jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2012. S'agissant de l'épaule, il existait également un état antérieur (tendinopathie chronique du muscle sus-épineux sur conflit sous-acromial débutant), que l'accident du 13 septembre 2011 avait provisoirement aggravé jusqu'au 1<sup>er</sup> février 2012, date à compter de laquelle la symptomatologie résiduelle pouvait être exclusivement attribuée à une origine dégénérative. 25. L'assuré a formé opposition contre cette décision le 28 novembre 2016, arguant en substance que l'expertise du Dr P\_\_\_\_\_ n'était pas probante et que ses conclusions étaient démenties par une « contre-expertise » qu'il avait sollicitée auprès du docteur Q\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. L'assuré a joint un rapport du Dr Q\_\_\_\_\_ du 25 novembre 2016 : ce médecin a diagnostiqué une arthrose « post-traumatique » de la cheville gauche, consécutive aux lésions ostéocondrales survenues lors des traumatismes de 2009 et 2011, ainsi qu'une déchirure partielle « post-traumatique » du sus-épineux de l'épaule gauche, tout en précisant que les atteintes actuelles étaient directement consécutives aux traumatismes. Contrairement à ce qu'avait considéré l'expert P\_\_\_\_\_, l'événement de 2009 n'avait pas engendré qu'une entorse « simple », guérie sans séquelles : une entorse sans complications n'aurait pas donné lieu à un arrêt de travail de pratiquement quatre mois et par ailleurs, une IRM réalisée en juillet 2009 avait montré une lésion isolée de la malléole postérieure, à savoir une lésion rare qui ne se manifestait que dans environ 1% des traumatismes de ce type. Cette IRM montrait des signes de lésion traumatique récente et de processus de cicatrisation. Elle témoignait également d'une lésion cartilagineuse de l'astragale, que l'on retrouvait fréquemment à la suite d'entorses. S'agissant de l'accident de septembre 2011 ayant touché la cheville et l'épaule gauche, l'IRM pratiquée en mai 2012 avait montré une aggravation de la lésion ostéo-cartilagineuse et c'était cette lésion, typique des séquelles d'entorse, qui avait motivé l'intervention chirurgicale ultérieure. Il était donc inadéquat de considérer que l'assuré avait été victime d'entorses banales ayant rapidement guéri. Les constatations de l'expert P\_\_\_\_\_ étaient contredites par l'examen clinique du Dr Q\_\_\_\_\_, qui avait montré une boiterie ainsi qu'une différence d'amplitudes articulaires entre les chevilles. Par ailleurs, rien ne permettait de retenir une affection préexistante significative de la cheville. Des limitations de la cheville gauche persistaient, lesquelles résultaient à tout le moins en grande partie des traumatismes de 2009 et 2011. S'agissant de l'épaule gauche, l'examen clinique avait montré une asymétrie de la ceinture scapulaire et des amplitudes articulaires de cette épaule par rapport à l'épaule droite, ce qui entraînait également en contradiction avec l'expertise. Lors de l'accident de 2011, l'épaule gauche ne présentait pas de lésion invalidante et si une pathologie chronique avait été présente, une atrophie musculaire aurait alors été constatée ; or, l'IRM de l'épaule gauche réalisée en octobre 2011 ne montrait pas d'atrophie. 26. À la demande de SWICA, l'expert P\_\_\_\_\_ s'est déterminé sur le rapport

du Dr Q\_\_\_\_\_, dans deux documents datés des 28 décembre 2016 et 26 mai 2017. Au terme de son analyse, il a émis l'avis que le Dr Q\_\_\_\_\_ n'avait pas entendu l'assuré, qu'il n'avait pas effectué des examens cliniques de la cheville et de l'épaule et qu'il avait remplacé les mesures d'amplitudes articulaires par des reproductions « trompeuses », et qu'enfin, il n'avait pas énuméré de diagnostics, ni discuté ceux retenus dans l'expertise. L'expert P\_\_\_\_\_, considérant que le Dr Q\_\_\_\_\_ n'avait pas mis en évidence d'élément nouveau, a maintenu l'appréciation qu'il avait formulée dans son expertise.!

27. Par décision du 13 novembre 2017, SWICA a rejeté l'opposition et maintenu sa décision du 26 octobre 2016. Selon l'expert P\_\_\_\_\_, l'assuré souffrait antérieurement à son accident du 28 avril 2009 d'une instabilité partielle chronique externe de la cheville gauche, comme en témoignaient les rapports des Drs N\_\_\_\_\_, M\_\_\_\_\_, J\_\_\_\_\_, C\_\_\_\_\_, ainsi que les déclarations du recourant, lequel avait fait état de deux entorses antérieures à son accident du 28 avril 2009. L'accident – une lésion du ligament talo-fibulaire antérieur gauche – avait seulement aggravé l'état de santé antérieur jusqu'au 17 août 2009. En effet, l'évolution clinique s'était révélée favorable et l'assuré, qui pratiquait la musculation, le vélo et la natation, avait recouvré sa pleine capacité de travail au 31 août 2009. De surcroît, la déchirure du ligament talo-fibulaire antérieur n'apparaissait plus sur l'IRM du 23 mai 2012, ce qui prouvait la guérison. S'agissant de l'épaule gauche, il existait aussi une affection préexistante (tendinopathie chronique du sus-épineux sur conflit sous-acromial débutant), laquelle avait subi un traumatisme le 13 septembre 2011, à savoir une compression de l'acromion sur le tendon du muscle sus-épineux. On pouvait considérer que ce traumatisme était guéri après quatre mois, soit au 1<sup>er</sup> février 2012, les symptômes cliniques ayant disparu et l'IRM du 19 octobre 2011 ne mettant plus en évidence de lésion. Cela correspondait en outre à la durée de guérison attendue pour une lésion partielle du tendon, en présence d'une tendinopathie chronique préexistante. SWICA estimait que dans son arrêt de renvoi, la CJCAS aurait dû examiner la causalité au regard de la vraisemblance prépondérante, dès lors que qualifier les événements en cause d'accident excluait, selon elle, l'application des règles relatives aux lésions assimilées. Quoiqu'il en soit, elle relevait que selon l'expert P\_\_\_\_\_, les symptômes cliniques touchant la cheville gauche avaient totalement disparu le 17 août 2009, alors que ceux affectant l'épaule gauche pouvaient être exclusivement attribués à une origine dégénérative dès le 1<sup>er</sup> février 2012. En conséquence, c'était à bon droit qu'elle avait mis fin aux prestations au 31 décembre 2011 pour la cheville gauche et au 31 janvier 2012 pour l'épaule gauche.!

28. Par acte du 14 décembre 2017, l'assuré a saisi la chambre de céans d'un recours contre cette décision, concluant, sous suite de dépens, à son annulation, à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, à ce qu'il soit dit que la responsabilité de SWICA était engagée au-delà du 7 janvier 2014 s'agissant de sa cheville gauche et au-delà du 31 janvier 2012 s'agissant de son épaule gauche, et à ce que SWICA soit condamnée à lui verser des prestations LAA.!

Il a reproché à SWICA de s'être écartée de l'arrêt de renvoi qu'avait rendu la chambre de céans en 2015, lequel était entré en force. La juridiction cantonale y avait en effet considéré que ses lésions étaient assimilées à un accident, que ses atteintes de la cheville et de l'épaule étaient en relation causale avec l'accident au-delà du 31 décembre 2011, respectivement du 31 janvier 2012, et que SWICA devait statuer à nouveau sur le droit aux prestations postérieurement à l'opération du 7 janvier 2014. Cet arrêt contraignait SWICA à prester jusqu'au 7 janvier 2014 au plus tôt s'agissant de sa cheville, respectivement au-delà du 31 janvier 2012 s'agissant de son épaule. Contraire aux considérants de l'arrêt de renvoi, la décision attaquée devait être annulée. Par ailleurs,

l'expertise du Dr P\_\_\_\_\_ n'était pas probante. En particulier, le Dr Q\_\_\_\_\_ avait contredit l'opinion de l'expert selon laquelle l'accident de 2009 n'aurait engendré qu'une simple entorse, guérie sans séquelles ; une telle entorse n'aurait en effet pas engendré un arrêt de travail de pratiquement quatre mois. De plus, les IRM pratiquées en juillet 2009 avaient montré une lésion cartilagineuse de l'astragale, laquelle s'était aggravée, comme en témoignait une nouvelle IRM de mai 2012. En outre, rien ne permettait d'affirmer que des entorses répétées se seraient produites antérieurement au 28 avril 2009 ; l'expert ne pouvait raisonnablement expliquer l'état actuel de sa cheville et son opération de décembre 2013, sans tenir compte des entorses « graves » et des longs arrêts de travail qu'avaient provoqué ses accidents de 2009 et 2011. L'affirmation selon laquelle sa cheville avait pratiquement recouvré son statu quo ante trois mois après l'accident de septembre 2011 était contredite par des rapports établis en novembre 2011 par les Drs D\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_, dont il ressortait une « nette instabilité à la marche » et une « importante instabilité dans le plan antéro-postérieur ainsi qu'en varus ». De plus, le Dr Q\_\_\_\_\_ avait indiqué que des séquelles résultant des accidents de 2009 et 2011 persistaient à ce jour. Pour le reste, l'expert P\_\_\_\_\_ s'était distancé de l'arrêt de 2015 en écartant le diagnostic de déchirure partielle du tendon sus-épineux de l'épaule gauche ; il ne s'était pas non plus déterminé sur la question de savoir si cette déchirure, qui correspondait à une lésion assimilée, était d'origine exclusivement dégénérative ou si l'accident de septembre 2011 avait joué un rôle causal dans celle-ci. Enfin, l'expert avait certes retenu l'existence d'un état antérieur de l'épaule gauche, mais selon le Dr Q\_\_\_\_\_, on ne pouvait pas en tenir compte, car aucune atrophie musculaire n'apparaissait sur l'IRM réalisée en octobre 2011. 29. Dans sa réponse du 12 février 2018, l'intimée a conclu au rejet du recours. [endif]>![if> Le Dr P\_\_\_\_\_ avait conclu que le processus maladif dégénératif existait déjà avant le 28 avril 2009 et qu'au 1 er janvier 2012, la symptomatologie liée à l'accident de septembre 2011 avait totalement disparu. Il avait souligné qu'antérieurement à l'accident de 2009, l'assuré souffrait déjà d'une instabilité chronique et d'entorses répétées de la cheville gauche. Certes, le Dr Q\_\_\_\_\_ avait contesté toute affection préexistante, mais son point de vue était contredit par les Drs N\_\_\_\_\_, M\_\_\_\_\_, J\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_, ainsi que par le recourant lui-même, qui avait évoqué deux entorses survenues avant son accident d'avril 2009. Cet accident avait provoqué une péjoration de l'état de santé (lésion du ligament talo-fibulaire antérieur), mais celle-ci était guérie depuis le 17 août 2009, et la capacité de travail jugée totale depuis le 31 août 2009. La guérison était prouvée par le fait que la déchirure du ligament talo-fibulaire n'apparaissait plus sur l'IRM du 23 mai 2012. S'agissant de l'épaule gauche, l'expert avait conclu qu'à partir du 1 er février 2012, soit quatre mois après l'accident du 13 septembre 2011, la symptomatologie était exclusivement d'origine dégénérative : il s'agissait de la durée de guérison d'une lésion traumatique partielle du tendon, en présence d'une tendinopathie préexistante. Selon l'expert P\_\_\_\_\_, seule une déchirure partielle du tendon sus-épineux avait été mise en évidence et vu sa localisation, il était seulement possible qu'elle soit d'origine traumatique. Cette déchirure partielle n'apparaissait plus sur l'IRM du 25 juin 2014, dont la juridiction cantonale n'était pas en possession lorsqu'elle avait rendu son arrêt de renvoi. Le Dr Q\_\_\_\_\_ avait réfuté tout état antérieur vu l'absence d'atrophie musculaire sur l'IRM d'octobre 2011, mais il n'avait pas précisé à quel muscle il se référait. S'agissant enfin du Dr R\_\_\_\_\_, il ne justifiait pas médicalement la lésion (NDR : une lésion du sous-scapulaire de l'épaule) retenue dans son rapport d'octobre 2017 de manière suffisante, et celle-ci avait été écartée par les neuf médecins ayant examiné l'assuré pendant plus de quatre ans. Le Dr R\_\_\_\_\_

n'avait pas justifié non plus les incapacités de travail retenues et s'était contenté de relayer les plaintes de son patient. En définitive, la péjoration liée au traumatisme du 28 avril 2009 était guérie depuis le 17 août 2009 et celle résultant de l'accident du 13 septembre 2011 était guérie depuis le 1<sup>er</sup> janvier (recte : février) 2012. La symptomatologie résiduelle pouvait être considérée comme étant d'origine purement dégénérative. À l'appui de sa réponse, l'intimé a notamment joint la détermination de l'expert P\_\_\_\_\_ sur le rapport du Dr R\_\_\_\_\_ : « [...] le but du travail à examiner n'est pas indiqué. Deux images fléchées ne permettent pas de retenir une lésion, rejetée par les examens cliniques successifs de neuf médecins pendant plus de quatre années et non soutenue par une quelconque justification détaillée. La question du statu quo ante est donc caduque. Les limitations fonctionnelles sont remplacées par le recueil des plaintes de l'assuré. Les incapacités de travail ne sont pas justifiées. Il n'apparaît donc aucune notion nouvelle. Je ne détermine la présence d'aucun élément qui pourrait faire modifier mon rapport du 6 mai 2016 ». 30. Le recourant a répliqué le 23 avril 2018. Rien dans le dossier ne démontrait que des entorses répétées étaient survenues antérieurement au 28 avril 2009. Par ailleurs, il ressortait d'un rapport du docteur S\_\_\_\_\_ du 8 février 2018 que le statu quo ante ne serait jamais atteint et qu'une laxité de la cheville gauche subsistait par rapport à la cheville droite. Dans son rapport, le Dr S\_\_\_\_\_ écrivait : « Si le statu quo ante n'est pas atteint, il faut se demander s'il le sera un jour et dans l'affirmative, à quelle date ? Le statu quo ante ne sera jamais atteint. Au vu des antécédents traumatiques et post-chirurgicaux de la cheville gauche, il y aura forcément une arthrose post-traumatique. Quelles sont les limitations fonctionnelles en raison de l'atteinte de la cheville gauche ? Le patient présente une laxité de la cheville gauche encore importante en comparaison de sa cheville droite. Il doit par ailleurs toujours être très vigilant lorsqu'il marche afin d'éviter de nouvelles entorses. Son périmètre de marche au quotidien n'est pas limité mais il ne peut plus faire de longues distances (plusieurs kilomètres) ni faire de sport. Il a également des douleurs au niveau de la face interne de sa cheville gauche, entre autres lors de la flexion plantaire marquée et lors d'efforts plus importants. Quelle est l'incapacité de travail de [l'assuré] dans son activité de chef de cuisine, respectivement dans une activité adaptée ? L'incapacité de [l'assuré] dans son activité de chef de cuisine est de 100% en raison du piétinement impossible. En revanche, dans une activité adaptée où la position assise est privilégiée (possibilité d'alternance assis/debout) et où il n'y a pas de port de charges lourdes (supérieures à 10-15 kg), la capacité de travail est de 100%. À noter que [l'assuré] a d'ailleurs pu reprendre une activité professionnelle à 100% dans l'entreprise T\_\_\_\_\_ [...] ». 31. L'intimée a dupliqué le 28 mai 2018, en persistant dans ses conclusions tendant au rejet du recours et en produisant un nouveau rapport du Dr P\_\_\_\_\_, critiquant celui établi par le Dr S\_\_\_\_\_ : le Dr S\_\_\_\_\_ considérait certes qu'un statu quo ante ne pourrait être atteint en raison d'antécédents traumatiques et post-chirurgicaux de la cheville gauche, ainsi que d'une arthrose post-traumatique. Toutefois, les antécédents traumatiques retenus étaient des lésions ligamentaires internes de la cheville, sans rapport avec les accidents ; en outre, on ne pouvait pas déduire du fait que l'assuré avait subi une opération qu'un retour au statu quo était impossible, et aucun signe d'arthrose n'avait été décrit par le chirurgien lors de l'examen « de visu » de l'articulation. S'agissant des limitations fonctionnelles, le Dr S\_\_\_\_\_ se contredisait en évoquant simultanément un « périmètre de marche au quotidien non limité » et « l'impossibilité de faire de longues distances ». Enfin, le Dr S\_\_\_\_\_ n'avait pas justifié médicalement la totale incapacité de travail retenue dans la profession de chef de cuisine, pas plus qu'il n'avait contesté l'existence d'une instabilité chronique

externe de la cheville antérieure aux accidents.![endif]>![if> 32. Par écriture du 29 juin 2018, le recourant a relevé que « l'expertise » du Dr Q\_\_\_\_\_ était probante, tout comme le rapport du Dr S\_\_\_\_\_. Pour le surplus, il a persisté dans son argumentation et ses conclusions, tendant en particulier à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire.![endif]>![if> 33. Cette écriture a été transmise à l'intimée, pour information, le 2 juillet 2018.![endif]>![if> EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).![endif]>![if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA ; RS/GE E 5 10).![endif]>![if> 3. Le litige porte sur la question de savoir si les troubles dont souffre le recourant au niveau de la cheville et l'épaule gauches doivent être pris en charge par l'intimée au-delà du 31 décembre 2011, respectivement au-delà du 31 janvier 2012. ![endif]>![if> 4. Plusieurs modifications apportées à la LAA et à l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202) sont entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2017. Les deux accidents en cause étant survenus avant cette date, le droit de la recourante aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront donc citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.![endif]>![if> 5. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel ou non professionnel. 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).![endif]>![if> 6. a. La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (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).![endif]>![if> b. L'exigence du lien de causalité naturel est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'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). c. 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). d. 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. 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). 7. Selon l'art. 9 al. 2 let. f et g OLAA, les déchirures de tendons et les lésions de ligaments sont assimilées à un accident, même si elles n'ont pas été causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. 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. 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). Lorsque le statu quo ante vel sine est établi, le droit aux prestations pour une lésion assimilée prend fin. Toutefois, des lésions assimilées à un accident le sont aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, n'est pas clairement établie. Il n'y a dès lors pas lieu de se fonder sur le degré de vraisemblance prépondérante pour admettre l'évolution d'une telle atteinte vers un statu quo sine. Sinon, on se trouverait à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence d'une lésion assimilée à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine accidentelle et malade de cette atteinte (cf. arrêts du Tribunal fédéral 8C\_846/2014 du 23 avril 2015 consid. 3.2 ; 8C\_578/2013 du 13 août 2014 consid. 2.2 ; 8C\_381/2014 du 11 juin 2014 consid. 3.2 ; 8C\_347/2013 du 18 février 2014 consid. 3.2 ; 8C\_698/2007 du 27 octobre 2008 ; 8C\_551/2007 du 8 août 2008 consid. 4.1.2 ; 8C\_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2). 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 le 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 (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_347/2013 du 18 février 2014 consid. 3.2 ; 8C\_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 3.2).

8. Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente au sens de l'art. 19 al. 1 LAA (art. 19 al. 1 phr. 2 LAA). Il cesse également s'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 10% prévu par l'art. 18 al. 1 LAA (cf. ATF 134 V 109 consid. 4.1 ; ATF 133 V 57 consid. 6.6.2). 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).

9. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 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). 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). 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). 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. À 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\_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2). 10. Conformément à l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPG) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à cette indemnité naît le troisième jour qui suit l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2). Le droit au versement de telles indemnités suppose en outre l'existence d'un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 337 consid. 1) et adéquate (ATF 123 V 103 consid. 3d ; 139 consid. 3c ; 122 V 416 consid. 2a et les références) entre l'atteinte à la santé et l'événement assuré. 11. À titre préalable, il convient de rappeler ce qui suit. Par décision sur opposition du 14 octobre 2014, SWICA, se fondant sur deux expertises émanant des Drs J\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_, ainsi que sur un rapport du Dr M\_\_\_\_\_, a mis fin aux prestations versées à l'assuré suite à deux accidents – survenus respectivement en avril 2009 et septembre 2011 – avec effet au 31 janvier 2012 s'agissant de son épaule gauche et au 31 décembre 2011 s'agissant de sa cheville gauche. Par arrêt du 9 juin 2015, la CJCAS a annulé cette décision et renvoyé la cause à SWICA pour qu'elle complète l'instruction puis statue à nouveau. En substance, la juridiction cantonale a retenu que l'assuré avait souffert de lésions assimilées à un accident, tant au niveau de sa cheville gauche (entorse de grade III) que de son épaule gauche (déchirure partielle du tendon sus-épineux). De jurisprudence constante, ces lésions devaient être assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative ne pouvait être tenue pour manifeste. Or, l'expert N\_\_\_\_\_ n'avait pas indiqué à partir de quand la symptomatologie de la cheville pouvait être attribuée exclusivement à une origine dégénérative. De son côté, l'expert J\_\_\_\_\_ avait souligné en décembre 2011 qu'il était trop tôt pour se prononcer sur l'évolution de cette cheville et qu'il convenait d'attendre les effets d'un traitement conservateur. C'était partant à tort que l'intimée avait retenu, sur cette base, un retour au statu quo sine à fin décembre 2011. L'assuré ayant été opéré de la cheville gauche le 19 décembre 2013, la CJCAS a invité l'intimée à examiner à nouveau à quelle date, postérieure à l'intervention, le statu quo sine vel ante de cette cheville pouvait être fixé. S'agissant des troubles de l'épaule gauche, les experts n'avaient pas davantage établi à partir de quand ils pouvaient être attribués exclusivement à une maladie ou des lésions dégénératives, de sorte que le statu quo sine retenu à fin janvier 2012 ne pouvait être confirmé. À la suite de cet arrêt, SWICA a diligenté une nouvelle expertise auprès du Dr P\_\_\_\_\_, lequel a fixé le statu quo sine des troubles de l'épaule gauche au 1er

février 2012 et celui des troubles de la cheville gauche au 1<sup>er</sup> janvier 2012.

Postérieurement à ces dates, l'expert a considéré que la symptomatologie résiduelle était d'origine purement malade, respectivement dégénérative. Dans la décision sur opposition attaquée, SWICA s'est ralliée aux conclusions de l'expert P\_\_\_\_\_ et a confirmé qu'elle mettait fin à la prise en charge des troubles avec effet au 31 janvier 2012 pour l'épaule gauche, respectivement au 31 décembre 2011 pour la cheville gauche. Le recourant, qui se prévaut des rapports de ses médecins, conteste la valeur probante de cette expertise et les dates retenues à titre de statu quo sine, tant en ce qui concerne son épaule gauche que sa cheville gauche. En outre, il estime que ces dates violent l'autorité de chose jugée de l'arrêt de renvoi du 9 juin 2015, lequel contraignait l'intimée à lui verser des prestations plus longtemps. 12. a. En l'occurrence, comme cela a déjà été relevé dans la procédure en matière d'assurance-invalidité, l'expertise du Dr P\_\_\_\_\_, développée sur 71 pages, comporte une anamnèse complète et détaillée, un résumé du dossier, l'historique médical ainsi qu'une description des plaintes subjectives de l'assuré. Ses conclusions sont en outre dûment motivées, de sorte qu'elle satisfait aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; ATAS 1097/2016 consid. 17).

!endif]>!if> b. S'agissant de l'épaule gauche, l'expert P\_\_\_\_\_ a retenu que l'assuré souffrait déjà avant son accident du 13 septembre 2011 d'une tendinopathie chronique du sus-épineux et d'un conflit sous-acromial débutant, comme en témoignaient plusieurs caractéristiques de l'imagerie (inflammation de la capsule articulaire ; épaissement du tendon du sus-épineux et de l'articulation acromio-claviculaire, rétrécissement de l'espace situé sous l'acromion). Sur l'IRM réalisée en octobre 2011, l'expert a observé une modeste déchirure partielle du tendon du sus-épineux. Selon lui, l'accident du 13 septembre 2011 n'avait que transitoirement aggravé l'état antérieur et quatre mois après l'accident, soit au 1<sup>er</sup> février 2012, cette aggravation était guérie, la symptomatologie clinique et les lésions constatées ayant disparu. Il s'agissait en outre de la durée usuelle de guérison d'une lésion partielle du tendon, en présence d'une tendinopathie préexistante. L'expert a souligné qu'à partir du 1<sup>er</sup> février 2012, la symptomatologie était d'origine exclusivement dégénérative. Enfin, il a précisé qu'une imagerie réalisée en juin 2014 confirmait la guérison des lésions tendineuses de l'épaule. c. Il résulte de l'expertise du Dr P\_\_\_\_\_ que le statu quo sine des troubles de l'épaule gauche a été atteint le 1<sup>er</sup> février 2012, date à partir de laquelle la symptomatologie doit être attribuée à une origine exclusivement dégénérative. Cette date coïncide dans une large mesure avec celle avancée par les experts J\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_ (13 janvier 2012), ainsi que par le Dr M\_\_\_\_\_ (8 semaines après l'accident du 13 septembre 2011). Partant, il n'y a pas lieu de s'écarter de l'appréciation de l'expert P\_\_\_\_\_ sur ce point. d. Contrairement à ce que soutient le recourant, l'expert P\_\_\_\_\_ a répondu à la question, posée par l'arrêt de renvoi, de savoir à partir de quand les troubles de l'épaule gauche pouvaient être attribués exclusivement à une origine dégénérative. Par ailleurs et contrairement à ce que l'assuré semble croire, l'expert P\_\_\_\_\_ n'a pas écarté le diagnostic de déchirure partielle du tendon du sus-épineux : il a précisé en page 30 de son expertise « [il] existe une modeste déchirure partielle du tendon du sus-épineux. Je rejoins ici l'avis des médecins radiologues [...] ». L'expert a tenu compte de cette lésion tendineuse, puisque le statu quo sine qu'il a fixé à quatre mois correspond, selon ses dires, à la durée de guérison d'une lésion partielle du tendon, en présence d'une tendinopathie préexistante. e. Le recourant se prévaut encore des rapports de ses médecins, les Drs Q\_\_\_\_\_ et R\_\_\_\_\_. C'est le lieu de rappeler que lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète – comme l'est celle de l'expert P\_\_\_\_\_ –, elle ne saurait être remise en cause

pour le seul motif qu'un ou plusieurs médecins ont une opinion divergente. Pour qu'il en aille différemment, il appartient à la partie recourante de mettre en évidence des éléments objectivement vérifiables – de nature notamment clinique ou diagnostique – qui y auraient été ignorés et qui seraient suffisamment pertinents pour en remettre en cause le bien-fondé (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 3.2). En l'occurrence, le recourant et ses médecins ne mettent pas en évidence d'élément objectivement vérifiable qui serait suffisamment pertinent pour remettre en question les conclusions de l'expert P\_\_\_\_\_. Le Dr Q\_\_\_\_\_ a certes récusé toute pathologie préexistante de l'épaule, au motif qu'aucune atrophie musculaire n'avait été constatée en 2011. Toutefois, l'expert P\_\_\_\_\_ a rétorqué qu'il n'y avait pas, selon la doctrine médicale, de relation de causalité entre une tendinopathie chronique peu marquée de la coiffe des rotateurs et une hypotrophie musculaire. Aussi, une lésion partielle d'un tendon de la coiffe des rotateurs ou une lésion acromio-claviculaire débutante n'entraîne-t-elle pas d'atrophie, selon l'expert. Quant au Dr R\_\_\_\_\_, il s'est limité à affirmer, dans un bref rapport ne répondant manifestement pas aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante, que le recourant souffrait d'une lésion du sous-scapulaire « négligée en 2011 » et que le statu quo ante ne serait pas atteint tant qu'elle ne serait pas opérée. Ce faisant, il s'est limité à livrer son interprétation divergente de deux imageries figurant au dossier et de substituer sa propre appréciation à celle de l'expert P\_\_\_\_\_, sans discuter les diagnostics et les conclusions formulées par ce dernier, ce qui ne saurait suffire à s'en écarter. 13. a. S'agissant de la cheville gauche, l'expert P\_\_\_\_\_ a exposé que l'assuré souffrait déjà avant son accident du 28 avril 2009 d'une affection préexistante, à savoir d'une instabilité partielle externe chronique, ce dont témoignait l'anamnèse du médecin traitant et les radiographies, dont il ressortait des arrachements de la pointe de la malléole externe. Le traumatisme du 28 avril 2009 avait engendré une lésion du ligament talo-fibulaire antérieur gauche et donc aggravé cet état préexistant, mais seulement jusqu'au 17 août 2009. En effet, l'évolution s'était révélée favorable et la symptomatologie clinique liée à l'accident avait totalement disparu au 17 août 2009, ce qui avait permis la reprise du travail et du sport. Le 13 septembre 2011, l'assuré avait subi un nouveau traumatisme en glissant sur des marches d'escalier ; il n'avait pas été réalisé d'imagerie ligamentaire directement après ce traumatisme. Ce second accident avait aggravé l'état antérieur de la cheville jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2012, date à laquelle l'aggravation pouvait être considérée comme guérie. En effet, trois mois après l'accident, le médecin traitant avait évoqué un « presque retour au statu quo ante ». Les symptômes postérieurs au 1<sup>er</sup> janvier 2012 découlaient uniquement d'une instabilité chronique de la cheville, c'est-à-dire d'une maladie, décompensée par l'obésité. Par ailleurs, dans son expertise puis son rapport complémentaire du 28 décembre 2016, l'expert P\_\_\_\_\_, se référant au rapport opératoire, a précisé que l'intervention chirurgicale pratiquée le 19 décembre 2013 ne concernait pas les ligaments externes lésés par les accidents d'avril 2009 et septembre 2011. b. Conformément à l'expertise du Dr P\_\_\_\_\_, il convient de retenir que le statu quo sine des troubles de la cheville gauche a été atteint le 1<sup>er</sup> janvier 2012, date à compter de laquelle la symptomatologie résiduelle doit être attribuée exclusivement à une maladie. Pour ces troubles, les conclusions de l'expert P\_\_\_\_\_ confirment celles de l'expert N\_\_\_\_\_, lequel avait également fixé le statu quo sine trois mois après le traumatisme. On rappellera que le Dr M\_\_\_\_\_, de son côté, avait considéré que les accidents d'avril 2009 et septembre 2011 n'avaient provoqué aucune lésion supplémentaire par rapport à celles qui préexistaient. Enfin, on relèvera qu'alors que l'IRM du 24 juin 2009 mettait en évidence des déchirures

des ligaments talo-fibulaire et péronéo-astragalien antérieurs, celle du 24 mai 2012 ne montrait plus qu'un aspect « remanié » de certains ligaments, sans déchirure, ce qui tend à confirmer que le statu quo sine était alors atteint. c. Se prévalant des rapports établis par ses médecins, les Drs D \_\_\_\_\_, I \_\_\_\_\_, Q \_\_\_\_\_ et S \_\_\_\_\_, le recourant conteste le statu quo sine fixé par l'expert au 1<sup>er</sup> janvier 2012, arguant que l'état de sa cheville ne s'est pas amélioré. Des rapports invoqués par le recourant, il ne ressort toutefois aucun élément pertinent et objectivement vérifiable que l'expert P \_\_\_\_\_ pourrait avoir omis de prendre en considération. Le fait que les Drs D \_\_\_\_\_ et I \_\_\_\_\_ aient fait état d'une instabilité de la cheville gauche dans deux rapports établis en novembre 2011 – soit antérieurement au statu quo sine retenu par l'expert – ne constitue précisément pas un tel élément, dès lors que l'expert P \_\_\_\_\_ a justement tenu compte d'une instabilité partielle chronique, qu'il a néanmoins jugée préexistante aux accidents déclarés. S'agissant du Dr Q \_\_\_\_\_, il a notamment mentionné dans son rapport une lésion de l'astragale et une lésion ostéo-cartilagineuse de la cheville, dont il soutient qu'elle se serait aggravée en se basant sur une IRM réalisée en mai 2012. L'expert P \_\_\_\_\_ n'a pas ignoré ces deux lésions, puisqu'il les a discutées dans son expertise (pp. 26 ss), estimant pour sa part qu'elles résultaient d'une instabilité partielle chronique de la cheville, c'est-à-dire d'une maladie. Pour le reste, le Dr Q \_\_\_\_\_ n'a pas justifié médicalement l'aggravation alléguée et quoi qu'il en soit, son rapport ne saurait prévaloir sur l'expertise du Dr P \_\_\_\_\_, dans la mesure où sa motivation est moindre et qu'il ne satisfait pas aux réquisits jurisprudentiels topiques en matière de valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3) : il ne contient en particulier ni anamnèse, ni recueil des plaintes, ni examen clinique proprement dit, puisqu'il ne chiffre pas les amplitudes articulaires. Il en va de même du bref rapport du Dr S \_\_\_\_\_. d. Le recourant soutient encore que l'argumentation de l'expert P \_\_\_\_\_ selon laquelle il aurait subi des entorses répétées antérieurement à son accident du 28 avril 2009 serait erronée. Ce grief ne résiste pas à l'examen. En effet, selon l'expertise rédigée par le Dr J \_\_\_\_\_ en 2011, « l'anamnèse révèle que depuis plusieurs années, l'assuré est un sportif et fait de la musculation. Il est également connu pour des entorses répétées au niveau de la cheville gauche ». Plus loin dans son rapport, cet expert indique qu'« au niveau des antécédents concernant la cheville gauche, l'assuré rapporte deux entorses de la cheville il y a environ quatre à cinq ans, avec port d'une attelle Aircast ». En outre, dans son rapport du 13 novembre 2011, le Dr D \_\_\_\_\_ a écrit que l'assuré présentait « un problème [...] de récurrences d'entorses de la cheville gauche ». De surcroît, tant le Dr M \_\_\_\_\_ que les trois experts mandatés par l'intimée - dont le Dr P \_\_\_\_\_ - ont constaté que des atteintes préexistantes ressortaient des radiographies réalisées immédiatement après l'accident du 28 avril 2009. Le rapport établi le 29 avril 2009 par le Dr C \_\_\_\_\_ le confirme, puisqu'il fait état d'une « irrégularité de la pointe de la malléole externe, compatible avec des arrachements osseux [et dont] l'aspect est plutôt évocateur d'anciens traumatismes ». Dans ce contexte, l'expert P \_\_\_\_\_ était fondé à retenir que l'assuré souffrait d'atteintes de la cheville gauche préexistantes à l'événement du 28 avril 2009. Le grief doit être écarté. 14. a. Enfin, le recourant invoque une violation du principe de l'autorité de chose jugée : il reproche singulièrement à l'expert et à l'intimée de s'être distancés de l'arrêt de renvoi en fixant le statu quo sine de ses troubles de la cheville au 1<sup>er</sup> janvier 2012 alors que ce jugement, entré en force, prescrivait à l'intimée de prendre en charge lesdits troubles jusqu'à l'opération du 19 décembre 2013 au plus tôt. b. Lorsque l'autorité de recours statue par une décision de renvoi, l'autorité à laquelle la cause est renvoyée, de même que celle qui a rendu la décision sur recours sont tenues de se conformer aux

instructions du jugement de renvoi. Ainsi, l'autorité inférieure doit fonder sa nouvelle décision sur les considérants de droit du jugement de renvoi. L'autorité inférieure voit donc sa latitude de jugement limitée par les motifs du jugement de renvoi, en ce sens qu'elle est liée par ce qui a été déjà définitivement tranché par l'autorité de recours (cf. ATF 131 III 91 consid. 5.2; 120 V 233 consid. 1a; arrêt du Tribunal fédéral 4A\_71/2007 du 19 octobre 2007 consid. 2.1 et 2.2), laquelle ne saurait, de son côté, revenir sur sa décision à l'occasion d'un recours subséquent [arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 694/05 du 15 décembre 2006, in REAS 2007 p. 62]; Ulrich Meyer/Isabel von Zwehl, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in: Mélanges Pierre Moor, 2005, n. 30.4 p. 448). c. En l'occurrence, dans son considérant 14 auquel renvoie le dispositif de l'arrêt du 9 juin 2015, la chambre de céans a tout d'abord retenu que l'assuré présentait, au niveau de sa cheville gauche, une lésion assimilée à un accident, consécutive à une entorse de grade III. Elle a ensuite relevé, d'une part, que l'expert N\_\_\_\_\_ n'avait pas indiqué à partir de quand la symptomatologie de la cheville gauche pouvait être attribuée exclusivement à une origine malade ou dégénérative, d'autre part, que l'expert J\_\_\_\_\_ avait estimé en décembre 2011 qu'il était trop tôt pour se déterminer sur l'évolution de cette cheville et qu'il convenait d'attendre les effets d'un traitement conservateur. La juridiction cantonale en a déduit que : « 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 L\_\_\_\_\_ le 7 janvier 2014 (recte : le 19 décembre 2013). À 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. 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 (recte : 19 décembre 2013), le statu quo sine/ante aura été atteint ». d. Même si la formulation du considérant cité pouvait prêter à confusion, il sied de relever que la chambre de céans, dans son arrêt du 9 juin 2015, n'a pas tranché une question de fond qui aurait acquis force de chose jugée, faute d'avoir fait l'objet d'un recours. En effet, dans le litige qui lui était déféré en 2015, la question principalement litigieuse était celle de savoir à quelle(s) date(s) le statu quo sine vel ante des troubles de la cheville et de l'épaule pouvait être fixé. Or, la juridiction cantonale n'a précisément pas tranché cette question de fond, puisqu'elle a constaté que les pièces versées au dossier ne lui permettaient pas de déterminer depuis quand ces troubles pouvaient être attribués à une origine exclusivement malade ou dégénérative, et qu'elle a ordonné à SWICA de compléter l'instruction sur ce point. Les considérants auxquels se référait le dispositif du premier arrêt portaient sur les raisons pour lesquelles la juridiction cantonale estimait que la situation de fait n'était pas suffisamment élucidée pour trancher l'objet du litige. C'est le lieu de rappeler que le point de savoir s'il existe un rapport de causalité naturelle entre un événement assuré et une atteinte à la santé est une question de fait, que le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical (ATF 129 V 177 consid. 3.1) Dans la mesure où la chambre de céans ne s'était pas prononcée sur une question de fond, faute de renseignements médicaux suffisants, sa décision, qui portait strictement sur la nécessité d'une instruction complémentaire, n'était pas susceptible d'acquiescer force matérielle de chose jugée à l'égard du statu quo sine (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_522/2007 du 17 juin 2008 consid. 3.2). Par conséquent, SWICA n'a pas enfreint le principe de la res iudicata en se ralliant aux conclusions de l'expert P\_\_\_\_\_ s'agissant des dates auxquelles les troubles de la cheville et de l'épaule avaient atteint le statu quo sine .

15. Au vu de ce qui précède, la décision attaquée doit être confirmée en tant qu'elle fixe le statu quo sine des troubles de la cheville gauche et de l'épaule gauche conformément aux conclusions de l'expert P\_\_\_\_\_. Mal fondé, le recours est rejeté.!

16. Le dossier permettant à la chambre de céans de se prononcer sur le bien-fondé de la décision attaquée, il est inutile d'administrer d'autres preuves, singulièrement d'ordonner une expertise judiciaire, par appréciation anticipée (ATF 122 II 464 consid. 4a).!

17. Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à une indemnité de dépens (art. 61 let. g LPGA).!

18. La procédure est gratuite (art. 89H al. 4 LPA).!

\*\*\*\*\* PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme : 1. Déclare le recours recevable.!

Au fond : 2. Le rejette.!

3. Dit que la procédure est gratuite.!

4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.!

La greffière Nathalie LOCHER La présidente 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

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.