

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/891/2024

ATAS/73/2025

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 6 février 2025

Chambre 3

En la cause

A_____

représenté par Me Pierre-Bernard PETITAT, avocat

recourant

contre

GROUPE MUTUEL ASSURANCE GMA SA

intimée

**Siégeant : Karine STECK, Présidente ; Claudiane CORTHAY, Michael BIOT, Juges
assesseurs**

EN FAIT

- A.** **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en _____ 1968, travaillait comme aide en soins et accompagnement pour l'association K_____ à 80% et était assuré à ce titre contre le risque d'accidents, professionnels ou non, auprès de GROUPE MUTUEL ASSURANCE GMA SA (ci-après : l'assureur).
- b.** Le 15 octobre 2021, l'employeur de l'assuré a annoncé que celui-ci avait été victime, en date du 11 octobre 2021, d'un accident décrit comme suit : « Suite à un freinage d'urgence du bus dans lequel Monsieur A_____ se trouvait, il a chuté de sa hauteur par terre. Il est tombé sur les fesses ».
- c.** Par pli du 20 octobre 2021, l'assureur a confirmé la prise en charge des suites de l'accident.
- B.** **a.** Un ultrason et une radiographie de l'épaule gauche ont été pratiqués le 10 novembre 2021, qui n'ont mis en évidence ni rupture tendineuse de la coiffe des rotateurs, ni bursite significative, ni fracture visible (docteur B_____, spécialisée en radiologie auprès des Hôpitaux universitaires de Genève [ci-après : HUG]).
- b.** Une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) de l'épaule effectuée le 30 novembre 2021 a confirmé l'absence de lésions traumatiques osseuses ou tendineuses et montré une arthrose acromio-claviculaire, avec signes de bursite sous-acromio-deltaïdienne et possible conflit sous-acromial, des signes de syndrome de l'espace quadrilatère postérieur chronique et une minime déchirure partielle de l'insertion antérieure du tendon infra-épineux (docteur C_____, spécialiste FMH en radiologie auprès des HUG).
- c.** Le 23 novembre 2021, l'assuré a consulté le service de rhumatologie des HUG. Du rapport établi le 7 mars 2022 suite à cette consultation, il ressort que l'assuré a chuté sur les fesses (le mécanisme n'est pas bien décrit) et qu'un éventuel choc direct sur l'épaule n'était pas exclu.
- d.** Le 9 mai 2022, l'assuré a subi une intervention chirurgicale (arthroscopie de l'épaule gauche).
- e.** Le 2 juin 2022, la Dre B_____ a relevé, suite à une IRM du bassin, qu'il n'y avait pas de fracture du coccyx.
- f.** L'assuré a été licencié avec effet au 31 octobre 2022.
- g.** Le 25 octobre 2022, un inspecteur des sinistres de l'assureur a rencontré l'assuré. Celui-ci a expliqué que, lors de sa chute dans le bus, le 11 octobre 2021, il s'était blessé au coccyx et avait senti un craquement dans l'épaule gauche. Suite à l'intervention du 9 mai 2022, il suivait encore des séances de physiothérapie et restait limité dans certains gestes.

h. Un rapport de consultation du 8 novembre 2022 des HUG a qualifié l'évolution de favorable, six mois après l'opération, avec toutefois une suspicion clinique de lâchage de la ténodèse du long chef du biceps. Il a été proposé à l'assuré de poursuivre la rééducation par physiothérapie.

i. Dans un rapport du 22 décembre 2022, le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur auprès des HUG, a relevé que le bilan d'imagerie était sans particularité. L'évolution était favorable et la forte suspicion clinique de lâchage de la ténodèse du long chef du biceps ne préteritait pas la fonction de l'épaule autrement que sur le plan esthétique. La rééducation avait pour but la restauration des amplitudes articulaires et de la force.

j. Le 18 janvier 2023, le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie, traumatologie spécialisée et médecin-conseil de l'assureur, a considéré que la relation de causalité entre l'événement et l'intervention du 9 mai 2022 était probable et qu'une incapacité de travail dans l'activité habituelle d'aide-soignant pouvait être admise pour une durée de six mois.

k. Le même médecin-conseil, en date du 7 mars 2023, a retenu le diagnostic de contusion de l'épaule gauche lors d'une chute sur les fesses avec le membre supérieur gauche probablement étendu avec contrecoup, ainsi qu'une activation inflammatoire de troubles dégénératifs modérés préexistants. L'incapacité de travail était médicalement justifiée dans l'activité d'aide-soignant à 80% jusqu'au 30 mars 2023.

l. Le 23 mai 2023, à la demande de l'assureur, une expertise orthopédique a été pratiquée par le F_____ (F_____).

Dans son rapport du 19 juillet 2023, le docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a estimé que l'étiologie des douleurs au coccyx était traumatique. Quant à l'épaule gauche, il a qualifié la déchirure partielle de l'insertion antérieure du tendon de l'infra-épineux d'origine traumatique probable, dans un contexte de lésions dégénératives préexistantes, confirmées par les investigations radiologiques. Au vu du geste chirurgical minime, lequel suggérait une atteinte restreinte du tendon, l'aggravation des lésions préexistantes avait été passagère. Sur la base, notamment, de l'examen clinique, qui était symétrique concernant les amplitudes articulaires et le testing musculaire des deux épaules, l'expert a retenu que le *statu quo* était atteint au moment de l'examen et la situation stabilisée. Suite à l'intervention chirurgicale, l'assuré présentait tout au plus une limitation du port de charges à 10 kg avec le membre supérieur en raison de la rupture du biceps, limitée à une durée de trois mois. En tenant compte de cette limitation fonctionnelle, sa capacité de travail dans l'activité exercée lors de la survenance du sinistre était complète, la grande majorité des tâches pouvant être réalisée en épargnant provisoirement l'épaule gauche. Pour le surplus, vu les séances de

physiothérapie encore prescrites afin de diminuer les douleurs du coccyx et de l'épaule gauche, l'expert a estimé que l'on pouvait les admettre à raison de neuf à douze séances pendant trois mois. Enfin, en l'absence d'atteinte fonctionnelle définitive en relation avec l'événement, il n'y avait pas lieu de conclure à une atteinte à l'intégrité.

m. Par décision du 10 août 2023, l'assureur, considérant que l'assuré avait été apte à exercer son activité habituelle trois mois après l'expertise, a mis fin au versement des indemnités journalières et à la prise en charge des frais médicaux avec effet au 31 août 2023. Pour le surplus, le droit à une rente et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) était nié.

n. Le 7 septembre 2023, l'assuré s'est opposé à cette décision en contestant la valeur probante du rapport d'expertise. Il a invoqué à l'appui de sa position un certificat délivré par le docteur H_____, spécialiste en médecine interne générale auprès des HUG et médecin traitant, ainsi qu'un rapport daté du 4 septembre 2023 établi par le docteur I_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation auprès des HUG.

o. Le 25 octobre 2023, le Dr G_____ a maintenu ses conclusions, en rappelant notamment les raisons pour lesquelles le *statu quo sine* avait été retenu en date de l'examen.

p. Par décision du 12 février 2024, l'assureur a rejeté l'opposition.

Le rapport du Dr G_____ remplissait toutes les exigences requises pour se voir reconnaître pleine valeur probante.

Il y avait stabilisation de la situation médicale, à 18 mois de l'événement, soit, au plus tard le 23 mai 2023, date de l'examen par l'expert. À cette date, une reprise à 100% de l'activité habituelle était alors exigible.

Dès lors, c'était à juste titre qu'il avait mis un terme au versement de l'indemnité journalière au 31 août 2023, d'autant que les documents produits dans le cadre de l'opposition avaient été soumis à l'expert, qui avait confirmé sa position.

Par ailleurs, les conditions d'octroi d'une rente et d'une IPAI n'étaient pas remplies.

- C.** **a.** Par écriture du 13 mars 2024, l'assuré a interjeté recours auprès de la Cour de céans en concluant préalablement à ce que l'effet suspensif soit restitué à son recours et, principalement, à l'annulation de la décision, à la poursuite de la prise en charge par l'assureur-accident, à ce qu'il soit constaté que son état n'était pas stabilisé, qu'il ne pouvait reprendre son activité professionnelle habituelle, subsidiairement, en cas de stabilisation, à ce que lui soient octroyées une rente d'invalidité et une IPAI.

Le recourant conteste l'absence ou l'interruption du lien de causalité, faisant valoir qu'une partie de ses affections sont en lien de causalité avec l'accident.

Selon lui, son état n'est pas stabilisé et il n'est pas en mesure de reprendre son activité habituelle à 100%, sans diminution de rendement.

Pour le surplus, il estime qu'après stabilisation de son état de santé, le droit à une rente d'invalidité et à une IPAI devrait lui être reconnu.

À l'appui de sa position, le recourant produit un courriel rédigé le 11 mars 2024 par le Dr I_____.

b. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 3 juin 2024, a conclu au rejet du recours, ainsi qu'au rejet de la demande de restitution de l'effet suspensif. Il considère que l'expertise avait pleine valeur probante et le *statu quo* a été atteint à la date de l'expertise.

c. Par arrêt incident du 13 juin 2024, la Cour de céans a déclaré le recours recevable, rejeté la demande de mesures provisionnelles et réservé la suite de la procédure (ATAS/453/2024).

d. Dans sa réplique du 24 juin 2024, le recourant a conclu subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Il maintient que l'expertise n'a pas valeur probante et relève que l'activité d'aide-soignant en EMS implique nécessairement une activité physique importante. Le recourant ne voit pas comment il pourrait exercer son activité professionnelle habituelle, tout en ménageant son épaule gauche. À cet égard, il rappelle la teneur du certificat du Dr H_____ du 15 août 2023.

Le recourant ajoute que les lésions dégénératives préexistantes, relevées par l'expert, étaient indolores avant l'accident, et ne l'avaient jamais empêché de travailler jusqu'alors. Depuis l'accident, il continue à souffrir de douleurs importantes à l'épaule gauche, n'arrive ni à lever le bras ni à porter des charges et est en incapacité de travail totale, comme l'atteste le docteur J_____, médecin interne auprès des HUG (certificat du 29 février 2024).

Le recourant conteste que les atteintes à l'épaule gauche ne résultaient plus, au moment de l'expertise, que d'une cause étrangère à l'accident. En outre, son état de santé n'était pas stabilisé au 23 mai 2023, au vu de rapports des 4 septembre 2023 et 11 mars 2024 établis par le Dr I_____.

Enfin, il argue que les Drs I_____, H_____ et J_____ semblent s'accorder sur la persistance d'un rapport de causalité et, en tout cas, sur le fait qu'une reprise de travail comme aide-soignant est exclue.

e. Le 26 juin 2024, le recourant a fait valoir, pièces à l'appui, qu'il a travaillé plus de onze ans pour son ancien employeur et qu'il a été licencié parce que son état de santé ne lui permettait plus d'exercer son activité professionnelle.

f. Le 9 juillet 2024, l'intimé a persisté dans ses conclusions.

g. Les autres faits seront repris – en tant que de besoin – dans la partie « en droit » du présent arrêt.

EN DROIT

1. La compétence de la Cour de céans et la recevabilité du recours ayant été d'ores et déjà examinées dans l'arrêt incident du 13 juin 2024, il n'y a pas lieu d'y revenir.
2. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'intimée de mettre un terme à ses prestations avec effet au 31 août 2023, singulièrement sur la question de savoir si elle était légitimée à retenir qu'à compter de cette date, les troubles persistants à l'épaule gauche du recourant n'étaient plus en lien de causalité avec l'accident survenu le 11 octobre 2021, étant précisé que le recourant ne conteste pas la fin du droit aux prestations légales concernant le coccyx.

3.

3.1 À teneur de l'art. 1 al. 1 loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20), les dispositions de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

3.2 Dans la mesure où l'accident est survenu le 11 octobre 2021, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis aux dispositions de la LAA en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2017 (*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).

4.

4.1 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 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1).

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

4.2 Conformément à l'art. 6 al. 2 LAA, l'assurance alloue également ses prestations pour certaines lésions corporelles (let. a à h), pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie.

Selon la jurisprudence, lorsque l'assureur-accidents a admis l'existence d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA et que l'assuré souffre d'une lésion corporelle au sens de l'art. 6 al. 2 LAA, l'assureur-accidents doit prendre en charge les suites de la lésion en cause sur la base de l'art. 6 al. 1 LAA ; en revanche, en l'absence d'un accident au sens juridique, le cas doit être examiné sous l'angle de l'art. 6 al. 2

LAA (ATF 146 V 51 consid. 9.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_520/2020 du 3 mai 2021 consid. 5.1).

En l'espèce, il n'est pas contesté par les parties que l'événement du 11 octobre 2021 est constitutif d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA. Partant, il n'est pas nécessaire de déterminer si certaines lésions constatées par les médecins figurent dans la liste de l'art. 6 al. 2 LAA, puisque même dans l'affirmative, la cause devrait être examinée exclusivement sous l'angle de l'art. 6 al. 1 LAA. Cela implique que si une lésion au sens de l'art. 6 al. 2 LAA est due à un accident assuré, l'assureur doit la prendre en charge jusqu'à ce que cet accident n'en constitue plus la cause naturelle et adéquate, et que l'atteinte à la santé qui subsiste est due uniquement à des causes étrangères à l'accident considéré (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et 9.1).

4.3 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 condition est réalisée 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 (ATF 148 V 356 consid. 3 ; 148 V 138 consid. 5.1.1). Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

4.4 En cas d'atteinte à la santé due à un accident, l'assureur-accidents prend en charge les prestations suivantes : le traitement médical (art. 10ss LAA), les indemnités journalières (art. 16ss LAA), la rente d'invalidité (art. 18 ss LAA) et l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24s LAA).

Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident.

Selon l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à l'indemnité s'éteint notamment dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail (al. 2).

Selon l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. Selon l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (al.1).

Enfin, aux termes de l'art. 24 LAA, si par suite d'un accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1).

4.5 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 existerait même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). *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 s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références). 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*) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1), étant précisé que le fardeau de la preuve de la disparition du lien de causalité appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (ATF 146 V 51 consid. 5.1 *in fine* ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_331/2024 du 29 novembre 2024 consid. 4.2 et la référence).

4.6 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.

5.

5.1 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). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1).

5.2 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 (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2). L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

5.3 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 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 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). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (*cf.* ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

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 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

5.4 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 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 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 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

5.4.1 La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières 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). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).

Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations d'assurance sociales, le fardeau de la preuve incombe en principe à l'assureur-accidents (cf. ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références). Cette règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3). Á cet égard, est seul décisif le point de savoir si, au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 146 V 271 consid. 4.4), les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus aucun rôle, ne serait-ce même que partiel (*cf.* ATF 142 V 435 consid. 1), et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_343/2022 du 11 octobre 2022 consid. 3.2 et les références).

5.4.2 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 145 I 167 consid. 4.1 et les références ; 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références). 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 ; 122 V 157 consid. 1d).

6.

6.1 En l'espèce, par décision du 10 août 2023, confirmée sur opposition le 12 février 2024, l'intimée a mis fin au versement de ses prestations (indemnités journalières et frais de traitement) avec effet au 31 août 2023 et a nié le droit du recourant à une rente d'invalidité et à une IPAI.

L'intimée a fondé sa décision litigieuse sur les rapports rédigés par le Dr G_____ en date des 19 juillet et 25 octobre 2023.

6.2 Pour sa part, le recourant requiert la poursuite du versement des prestations au-delà du 31 août 2023, au motif notamment que les atteintes à son épaule gauche et son incapacité de travail totale seraient encore en lien avec l'accident du 11 octobre 2021, en se référant aux avis des Drs H_____, I_____ et J_____.

6.3 Dans son rapport du 19 juillet 2023, complété le 25 octobre 2023, le Dr G_____, expert mandaté par l'intimée, a retenu que s'agissant de l'épaule gauche, la déchirure partielle de l'insertion antérieure du tendon de l'infra-épineux était d'origine traumatique probable, dans un contexte de lésions dégénératives préexistantes. L'aggravation des lésions préexistantes avait cependant été passagère et au moment de son examen, soit le 23 mai 2023, le *statu quo* était atteint. En raison de l'intervention chirurgicale, le recourant présentait, de manière provisoire, pour une durée de trois mois, une limitation du port de charges à 10 kg avec le membre supérieur en raison de la rupture du biceps. En tenant compte de cette limitation fonctionnelle, sa capacité de travail dans l'activité exercée lors de la survenance du sinistre était complète. Neuf à douze séances de physiothérapie

étaient encore justifiées pendant trois mois et en l'absence d'une atteinte fonctionnelle définitive due à l'accident, il n'y avait pas lieu de définir une atteinte à l'intégrité.

La Cour de céans constate que le rapport du Dr G_____ satisfait aux conditions dégagées par le Tribunal fédéral pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Il se fonde en effet sur l'étude du dossier médical du recourant, prend en compte les plaintes de ce dernier et repose sur un examen et des observations cliniques. Ses conclusions sont par ailleurs claires et motivées.

Le recourant conteste la valeur probante du rapport du Dr G_____, en se référant aux appréciations des Drs I_____, H_____ et J_____.

Si le Dr I_____ fait certes état, dans son rapport du 4 septembre 2023, de limitations fonctionnelles et de douleurs importantes à l'épaule gauche ne permettant pas une reprise de l'activité en tant qu'aide-soignant, il n'en demeure pas moins que ce médecin n'indique nullement que ces atteintes seraient encore en lien de causalité avec l'accident assuré. Au contraire, force est de constater que, dans son courriel du 11 mars 2024, le Dr I_____ – qui suit l'intéressé depuis juillet 2023 – a indiqué que les plaintes du recourant ne concernaient alors pas son épaule, pour laquelle la situation était déjà stable depuis longtemps, rejoignant ainsi l'avis du Dr G_____. Le Dr I_____ a encore ajouté que le traumatisme avait produit une aggravation des atteintes dégénératives, qu'il ne pouvait se prononcer sur la causalité directe de l'accident et les douleurs multiples que présentait le recourant et qu'il n'avait « pas d'arguments médicaux pour [s]'opposer formellement ». Partant, l'avis du Dr I_____ ne permet pas de s'écarter des conclusions de l'expert.

Quant au Dr H_____, il émet certes, dans un bref certificat établi le 15 août 2023, des doutes quant aux conclusions de l'expert, en retenant l'existence d'une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle, pour une durée indéterminée, au vu de la limitation fonctionnelle dans l'usage de l'épaule. Cela étant, en l'absence de toute motivation circonstanciée concernant la persistance éventuelle d'un lien de causalité naturelle au-delà du 23 mai 2023, la nature des limitations fonctionnelles et leur lien avec l'accident assuré, l'avis de ce médecin-traitant ne laisse pas subsister de doutes suffisants quant à la fiabilité et à la pertinence des conclusions du Dr G_____.

Tel est le cas également du certificat du 29 septembre 2024 du Dr J_____, lequel se limite à attester l'existence d'une incapacité de travail totale pour accident depuis le 16 octobre 2021, sans apporter la moindre justification permettant de comprendre sur quels éléments se fonde son avis.

Au vu de ce qui précède, contrairement à ce qu'avance le recourant, les appréciations des Drs I_____, H_____ et J_____ ne permettent pas de s'écarter des conclusions du Dr G_____.

6.4 S'agissant de la capacité de travail totale dans son activité habituelle d'aide-soignant en EMS, telle que retenue par le Dr G_____, le recourant fait valoir que son travail implique nécessairement des tâches physiques importantes qu'il ne peut effectuer tout en ménageant son épaule gauche.

La Cour de céans constate qu'après avoir pris en considération la description faite par le recourant de son poste de travail (p. 7 rapport d'expertise), le Dr G_____ a dûment expliqué que, compte tenu des limitations fonctionnelles (port de charge de 10kg maximum pendant trois mois), l'exigibilité dans l'activité habituelle était complète, la grande majorité des tâches exercées par le recourant, en tant qu'aide-soignant, pouvant être réalisées en épargnant son épaule gauche (p. 13 rapport d'expertise), étant précisé que des appareils l'aidaient à soulever les pensionnaires (p. 7 rapport d'expertise).

Le recourant fait également valoir qu'avant l'accident, ses atteintes dégénératives ne l'empêchaient pas de travailler et qu'il ne présentait aucune douleur. Or, on rappellera à cet égard que le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas en soi à établir un rapport de causalité naturelle avec cet événement (raisonnement « *post hoc, ergo propter hoc* »).

Ainsi, il n'existe aucun élément concret permettant de s'écarter des conclusions claires de l'expert.

6.5 Partant, la Cour de céans considère qu'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les troubles persistant à l'épaule gauche du recourant ne sont plus en lien de causalité naturelle avec l'accident postérieurement au 23 mai 2023. À cette date, le *statu quo sine* a été atteint, la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle était entière et l'intéressé ne présentait aucune atteinte fonctionnelle définitive due à l'accident. Enfin, la prise en charge des frais de neuf à douze séances de physiothérapie pendant encore trois mois était admise.

Ainsi, la mise en œuvre d'une expertise médicale, demandée par le recourant, s'avère superflue par appréciation anticipée des preuves.

Dans la mesure où le *statu quo sine* a été rétabli au 23 mai 2023, la décision litigieuse, par laquelle l'intimée a mis fin, au 31 août 2023, au versement des indemnités journalières, à la prise en charge des frais de traitement, et nié le droit à l'octroi d'une rente d'invalidité, ne prête pas le flanc à la critique.

Par surabondance, on relèvera que le recourant étant en mesure d'exercer son activité habituelle à plein temps, il ne saurait prétendre au versement d'indemnités journalières postérieurement au 31 août 2023.

En outre, vu l'absence de toute perte de gain due à l'accident, c'est également à bon droit que l'intimée a nié le droit du recourant à une rente d'invalidité, les

conditions requises pour l'octroi de cette prestation, selon l'art. 18 al. 1 LAA, n'étant pas remplies.

Enfin, en l'absence d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique due à l'accident, au sens de l'art. 24 al. 1 LAA, c'est à juste titre que l'intimée a nié le droit du recourant à l'octroi d'une IPAI.

Pour ces motifs, la décision litigieuse doit être confirmée.

7. Partant, le recours est rejeté.

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f^{bis} LPGA *a contrario*).

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

Au fond :

1. Rejette le recours.
2. Dit que la procédure est gratuite.
3. 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

Diana ZIERI

Karine STECK

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