

GE_GERICHTE ATAS/73/2025 vom 6. Februar 2025

GE Cour de justice, 2025-02-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_73_2025

FR: GE_GERICHTE ATAS/73/2025 du 6 février 2025

IT: GE_GERICHTE ATAS/73/2025 del 6 febbraio 2025

Erwägungen

E. 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.

E. 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.

E. 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.

E. 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 1er 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).

E. 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).

E. 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

A/891/2024 - 7/15 - 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).

E. 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).

E. 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).

E. 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

A/891/2024 - 8/15 - 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).

E. 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.

E. 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).

E. 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 LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les

A/891/2024 - 9/15 - 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).

E. 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

A/891/2024 - 10/15 - 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).

E. 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).

E. 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

A/891/2024 - 11/15 - 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). À 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).

E. 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).

E. 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.

E. 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

E. 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

A/891/2024 - 12/15 - 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_____.

A/891/2024 - 13/15 -

E. 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.

E. 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

A/891/2024 - 14/15 - 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. fbis LPGA a contrario).

A/891/2024 - 15/15 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Au fond :

E. 11

octobre 2021, en se référant aux avis des Drs H_____, I_____ et J_____.

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