RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2852/2021 **ATAS/297/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 2 mai 2023

Chambre 6

En la cause

Monsieur A_____ recourant

Représenté par Me Marco ROSSI, avocat

contre

HELSANA ACCIDENTS SA intimée

Siégeant : Valérie MONTANI, présidente; Christine WEBER-FUX et Yda ARCE, juges assesseures

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1971, marié, travaille depuis le 1er mars 2019 comme aide de bureau pour B_____ SA. Il est assuré à ce titre auprès de HELSANA ACCIDENTS SA (ci-après : l'assurance ou l'intimée).

b. Le 27 mars 2019, l'assuré a chuté dans les escaliers et s'est blessé aux mains, aux avant-bras et au dos. L'assurance, qui a pris le cas en charge, a mis fin aux prestations le 1er mai 2019, selon une décision du 17 juin 2019 qui est entrée en force.

c. Dès le 1er mai 2019, l'assuré a été en incapacité de travail totale, pour maladie. HELSANA ASSURANCE COMPLEMENTAIRE SA (ci-après : l'assurance perte de gain maladie) lui a versé des indemnités journalières du 1er mai 2019 au 31 octobre 2019, sur la base d'une évaluation du docteur C_____, médecin généraliste, du 12 août 2019 (décision du 16 décembre 2020), puis du 1er novembre 2019 au 31 août 2020 sur la base d'une expertise psychiatrique du docteur D_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, du 2 juillet 2020. L'assurance perte de gain maladie a mis fin aux prestations d'indemnités journalières au 31 août 2020, un taux d'activité de 100% pouvant être raisonnablement exigé de l'assuré dès le 1er septembre 2020 (décision du 13 juillet 2020).

B. **a.** Le 5 octobre 2019, l'assuré a chuté à son domicile et s'est blessé à l'épaule gauche.

b. Le 13 novembre 2019, le docteur E_____, médecin généraliste en France, a attesté que, depuis le mois d'octobre 2019, l'assuré présentait une lésion fissuraire du tendon sus-épineux, visualisée par un arthroscanner de l'épaule gauche [lequel ne figure pas au dossier].

c. Le 27 février 2020, le docteur F_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, a attesté d'une dépression chez l'assuré depuis *« sa maladie de l'épaule »*, d'une manière concomitante et indépendante (épisode dépressif majeur d'intensité sévère au décours depuis le 1er mai 2019).

d. Une échographie de l'épaule gauche du 27 mai 2020 a conclu à une probable tendinopathie post-traumatique de la coiffe des rotateurs.

e. Un arthroscanner de l'épaule gauche du 26 juin 2020 a conclu à une lésion fissuraire non transfixiante de la face profonde du tendon sus-épineux et arthropathie dégénérative acromio-claviculaire.

f. L'assuré a consulté le docteur G_____, chirurgien orthopédiste en France, qui a diagnostiqué, le 4 janvier 2021, une tendinite de l'épaule gauche.

g. Le 26 novembre 2020, l'assuré a subi une infiltration sous acromiale de l'épaule gauche.

h. Le Dr G_____ a attesté que l'assuré était en incapacité de travail totale du 26 novembre 2020 au 27 janvier 2021.

i. Le 11 décembre 2020, l'assuré a déclaré son accident du 5 octobre 2019 à l'assurance, en mentionnant une déchirure à l'épaule gauche en raison d'une chute à son domicile. Son travail avait été interrompu à la suite de l'accident dès le 5 octobre 2019. Le 19 décembre 2020, il a précisé qu'il avait perdu l'équilibre à son domicile, en mentionnant qu'il était indemnisé par l'assurance pour une dépression.

j. Le 11 janvier 2021, l'assurance a soumis le cas à son médecin conseil, le docteur H_____, FMH chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, expliquant que l'assuré avait fait *« une chute dans les escaliers »* (sic) le 5 octobre 2019. Sur la base du dossier, le Dr H_____ a diagnostiqué une délamination de la face articulaire du sus-épineux, d'origine dégénérative. Le lien de causalité naturelle avec l'accident était possible, soit avec une certitude de 50% ou moins, dès lors qu'il n'y avait pas de déchirure transfixiante et qu'il s'agissait d'une atteinte classique avec l'âge. L'événement avait entraîné une aggravation passagère de l'état de l'assuré, durant six mois après l'accident.

k. Par décision du 14 janvier 2021, l'assurance a nié à l'assuré tout droit à des prestations, estimant que le lien entre ses problèmes de santé à l'épaule gauche, ayant nécessité une incapacité de travail dès le 26 novembre 2020, et l'accident n'était pas avéré.

l. Le 10 février 2021, l'assuré, représenté par un conseil juridique, a fait opposition à la décision précitée, exposant qu'il était en incapacité de travail pour cause de dépression depuis le 1er mai 2019 et que depuis son accident du 5 octobre 2019, lors duquel il s'était encoublé dans un tapis à son domicile, il souffrait de douleurs importantes à son épaule gauche, l'empêchant de travailler. Ne touchant plus aucune indemnité de la part de l'assurance depuis le 30 septembre 2020, il souhaitait être couvert pour perte de gain à partir du mois d'*« octobre 2021 »* (sic).

m. Par décision du 30 juin 2021, se basant sur l'avis du Dr H_____, l'assurance a rejeté l'opposition de l'assuré, en considérant que celui-ci avait présenté une aggravation passagère de son état de santé due à l'accident et que le *statu quo sine* était atteint à six mois de l'accident.

C. **a.** Le 1er septembre 2021, l'assuré, représenté par un avocat, a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision de l'assurance du 30 juin 2021, en concluant, préalablement, à sa comparution personnelle, à l'audition des Drs E_____ et G_____, ainsi que, principalement, à l'annulation de la décision contestée et au versement de l'indemnité journalière dès le mois d'*« octobre 2021 »* (sic). Il a soutenu que la

chute ayant entraîné les douleurs à l'épaule était manifestement un accident au sens de la loi.

b. Le 18 octobre 2021, il a transmis un certificat médical du Dr E_____ du 27 septembre 2021, selon lequel l'assuré présentait, à la suite de sa chute, une pathologie dans la rotation de sa ceinture scapulaire gauche et dans le positionnement de son bras en phase postérieure.

c. L'assurance a conclu à l'irrecevabilité du recours pour défaut de motivation, et subsidiairement, à son rejet, l'assuré n'apportant aucune preuve mettant en doute l'avis du Dr H_____.

d. L'assuré a répliqué, en persistant dans ses conclusions, relevant qu'était litigieux le refus de l'assurance de continuer à lui verser des prestations pour cause d'accident au-delà du « *1er octobre 2020* ».

e. Le 7 février 2022, la chambre de céans a entendu en audience l'avocat du recourant et l'assurance, l'assuré étant malade.

f. Par écriture du 31 mars 2022, le recourant a précisé avoir perçu des prestations de l'intimée jusqu'au 31 avril 2019 (recte : 30 avril 2019), en raison de l'accident survenu le 27 mars 2019. L'assurance perte de gain maladie lui avait ensuite versé des prestations à titre d'indemnités perte de gain pour cause de maladie du 1er mai 2019 au 30 septembre 2020 (sic). Il n'avait pas fait la différence entre les deux compagnies et n'avait compris qu'en décembre 2020 qu'il n'avait pas reçu d'indemnités en raison du sinistre du 5 octobre 2019, lors duquel il s'était blessé à l'épaule gauche. Il avait alors annoncé cet accident.

Il a joint un certificat médical du 16 mars 2022 du Dr E_____, attestant qu'à la suite d'une chute de sa hauteur le 5 octobre 2019, le recourant avait traumatisé la ceinture scapulaire gauche et la partie dorsale de son dos. Sa capacité [de travail] était nulle depuis et *« n'évoluerait pas dans les prochains jours »*. Le recourant a également transmis un certificat du 29 mars 2022 du Dr G_____, confirmant l'avoir soigné pour une tendinite chronique de l'épaule gauche et indiquant qu'il ne pouvait établir aucune causalité par rapport à des événements antérieurs.

Le recourant a expliqué renoncer à ses conclusions préalables et a conclu à ce qu'une expertise médicale soit ordonnée. Il a, en outre, confirmé ses conclusions principales, précisant que, vu que l'assurance perte de gain maladie l'avait indemnisé jusqu'au 30 septembre 2020, il demandait à être mis au bénéfice des prestations de la part de l'intimée dès le 1er octobre 2020 et non 2021, cette dernière date relevant d'une erreur de plume.

g. Dans sa réponse du 14 avril 2022, l'intimée a contesté la date du 1er octobre 2020, l'estimant sans fondement dès lors que les prestations perte de gains pour maladie avaient été versées au recourant jusqu'au 31 août 2020 et non pas jusqu'au 30 septembre 2020. L'avis médical du Dr E_____ n'apportait aucun nouvel

élément et celui du Dr G_____ confirmait l'absence de lien de causalité. Finalement, elle contestait l'utilité d'une expertise.

h. Lors de l'audience de comparution personnelle des parties du 14 novembre 2022, le recourant a expliqué avoir probablement glissé sur une petite voiture à son domicile et être tombé sur son épaule gauche. Après la chute, il avait eu mal à l'épaule gauche et au côté droit à la hauteur de l'estomac. Il avait consulté le Dr E_____ quelques jours après la chute et le Dr G_____ quelques mois plus tard. Il avait effectué des infiltrations [dans l'épaule] mais l'amélioration n'avait duré qu'un mois. Il avait fait de la physiothérapie et pris des antidouleurs. Avant la chute, il n'avait pas de problèmes à l'épaule. À ce jour, il n'avait pas repris le travail, en raison des douleurs. Il dormait avec un coussin sous le bras, sinon celles-ci l'empêchaient de dormir. Il n'avait pas été indemnisé par l'intimée pour cet accident. À l'issue de l'audience, un délai lui a été octroyé pour produire un rapport médical d'un spécialiste en orthopédie.

i. Lors de l'audience, l'intimée a indiqué que l'accident du 5 octobre 2019 était admis. S'agissant d'une déchirure non transfixiante, il s'agissait d'un cas de maladie. Le Dr H_____ n'avait pas vu le recourant et avait rendu son avis sur la base du dossier.

j. Le recourant a requis, le 14 décembre 2022, le versement de prestations de la part de l'intimée dès le 1er octobre 2020, en tous les cas jusqu'au 27 janvier 2021. Il a produit :

- Un certificat médical du docteur I_____, chirurgien orthopédique à Genève, du 23 novembre 2022, mentionnant que le recourant présentait, à la suite de l'accident d'octobre 2019, une difficulté à l'abduction et l'élévation, avec testing du sus-épineux et de CCB, de l'épaule gauche.
- Un rapport d'arthro-IRM de l'épaule gauche effectué le 30 novembre 2022, concluant à une minime anomalie de signal à l'insertion du tendon supra-épineux, pouvant être compatible avec une enthésopathie de grade léger.
- Un second certificat du Dr I_____ du 7 décembre 2022, proposant une infiltration PRP dans le contexte d'une enthésopathie du sus-épineux chronique à la suite d'un trauma d'octobre 2019 probablement.

k. Questionné par le chambre de céans, le Dr I_____ a indiqué le 16 janvier 2023 qu'il avait vu le recourant les 23, 29 novembre et 7 décembre 2022. Il avait diagnostiqué une enthésopathie d'insertion du tendon sus-épineux de l'épaule gauche et un discret remaniement de l'articulation acromio-claviculaire, côté adominant. Le lien de causalité entre ces lésions et l'accident du 5 octobre 2019 était possible, avec une probabilité de moins de 50%. Il relevait que la situation anatomique s'était améliorée depuis l'arthroscanner du 26 juin 2020. Il n'y avait pas d'atteinte à l'intégrité définitive.

l. Le 27 janvier 2013, l'intimée a persisté dans sa décision.

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).

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

2.

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

Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours a été interjeté postérieurement au 1er janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82a LPGA a contrario).

2.2 Le 1er janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu le 5 octobre 2019, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis au nouveau droit, 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). Les dispositions légales seront ainsi citées ci-après dans leur teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2017.

3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Le recours a été interjeté dans le délai prévu par la loi, compte tenu de la suspension des délais pour la période du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA et art. 89C let. b LPA).

4. Le litige porte sur le refus de l'intimée d'allouer au recourant dès le 1er octobre 2020 des prestations à la suite de l'accident du 5 octobre 2019, singulièrement sur l'existence d'un lien de causalité entre celui-ci et l'atteinte à la santé du recourant au-delà du 30 septembre 2020. Il porte également sur la recevabilité du recours, laquelle est contestée par l'intimée en raison d'un défaut de motivation.

5.

5.1 L'art. 61 let. b LPGA prescrit que l'acte de recours doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que les conclusions. Si l'acte n'est pas conforme à ces règles, le tribunal impartit un délai convenable au recourant pour combler les lacunes, en l'avertissant qu'en cas d'inobservation le recours sera écarté. Cette disposition est une prescription formelle qui oblige toujours le tribunal de première instance à fixer un délai pour remédier aux défauts, pour

autant qu'il ne s'agisse pas d'un abus de droit visant à prolonger le délai de recours (ATF 142 V 152 consid. 2.3). L'exposé succinct des faits requis peut se limiter à quelques phrases et doit permettre au juge d'avoir une idée claire de la nature du litige. Selon la pratique, il suffit que l'on puisse déduire de l'ensemble du recours l'objet du litige. Si la décision attaquée contient déjà toutes les informations nécessaires, il n'est pas nécessaire de répéter dans le recours tous les éléments de fait, d'autant moins que le dossier doit de toute façon être produit dans le cadre de la réponse au recours (Susanne BOLLINGER *in Basler Kommentar, Allgemeiner Teil des Sozialversicherungs-rechts*, 2020, n. 30 ad art. 61 ATSG).

Les conclusions doivent être interprétées, selon le principe de la confiance, à la lumière de la motivation, et l'interdiction du formalisme excessif commande de ne pas se montrer trop strict dans la formulation si, à la lecture du mémoire, on comprend clairement ce que veut le recourant (arrêt 2C_986/2013 du 15 septembre 2014 consid. 2.2, citant les arrêts 4A_688/2011 consid. 2 non publié in ATF 138 III 425 et 4A_375/2012 consid. 1.2 non publié in ATF 139 III 24).

Si le juge qui est saisi d'un recours ne doit pas se montrer strict lorsqu'il apprécie la forme et le contenu de l'acte de recours, l'intéressé doit néanmoins manifester clairement et par écrit sa volonté d'en obtenir la modification ; à défaut, l'écriture qu'il produit ne peut être considérée comme une déclaration de recours (ATF 116 V 356 consid. 2b et les références ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 501/02 du 28 janvier 2003 consid. 2.2). En particulier, il n'appartient pas à une autorité cantonale de recours de faire des recherches dans les pièces du dossier pour déterminer, notamment, quel est l'objet du litige et de quoi pourrait se plaindre l'intéressé (ATF 123 V 336 consid. 1a ; cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 292/02 du 17 décembre 2002 consid. 4).

5.2 En l'occurrence, le recours, qui a été complété par des écritures subséquentes comme l'art. 61 let. b LPGA le permet, bien que succinct, satisfait aux exigences minimales de contenu prescrites par cette loi. Il contient un bref exposé des faits, notamment par renvoi à la décision querellée, et des motifs invoqués ainsi que des conclusions. Il est accompagné de la décision contestée et le recourant y propose des moyens de preuve, à savoir l'audition de ses médecins.

Le recours est donc recevable.

6.

6.1 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 129 V 402 consid. 2.1 ; ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

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

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

Pour être couvert par l'art. 6 al. 1 LAA, un trouble à la santé doit ainsi avoir été causé par un évènement accidentel en ce sens qu'il doit exister entre ce dernier et le trouble une relation de causalité naturelle et adéquate (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; ATF 146 V 51 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_114/2021 du 14 juillet 2021 consid. 2.2). Il existe un lien de causalité naturelle entre un évènement et une situation de fait, si la seconde n'existerait pas en l'absence du premier (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; ATF 142 V 435 consid. 1 ; ATF 129 V 402 consid. 4.3.1 ; ATF 115 V 133 consid. 3). 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. 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).

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).

Une causalité adéquate entre un évènement et un résultat existe si ledit évènement paraît propre à causer ladite atteinte au vu du cours ordinaire des choses et de l'expérience générale de la vie, en ce sens que le résultat en question apparaît comme généralement favorisé par la survenance de cette cause (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; ATF 125 V 456 consid. 5c). En présence d'un trouble organique à la santé, la question de la causalité adéquate se recoupe presque complètement avec celle de la causalité naturelle (ATF 140 V 356 consid. 3.2 ; ATF 138 V 248 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.1).

6.2 Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, l'assurance alloue également ses prestations pour les lésions corporelles suivantes, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie : les fractures (let. a) ; les déboîtements d'articulations (let. b) ; les déchirures du ménisque (let. c); les déchirures de muscles (let. d) ; les élongations de muscles (let. e) ; les déchirures de tendons (let. f) ; les lésions de ligaments (let. g) ; les lésions du tympan (let. h).

Concernant les déchirures de tendons, selon la jurisprudence, l'obligation de l'assureur-accidents de prendre en charge les suites d'une lésion corporelle assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 let. f en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016 et de l'art. 6 al. 2 let. f LAA dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2017 se limite, conformément à la portée et au but de cette disposition, strictement aux déchirures de tendons, à l'exclusion de toute autre pathologie affectant les tendons, notamment celles qui concernent les tissus. Comme, du point de vue clinique, les ruptures partielles de tendons ne se différencient généralement pas des réactions inflammatoires secondaires, l'existence d'une lésion corporelle assimilée ne peut être admise qu'à la condition qu'une rupture partielle de tendon ait été objectivée médicalement de manière manifeste, que ce soit lors d'une opération ou à l'aide d'imagerie par produit de contraste. Il appartient à la personne qui requiert des prestations d'en apporter la preuve, faute de quoi elle risque de devoir en supporter l'absence (ATF 114 V 298 consid. 5c ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_763/2015 du 11 juillet 2016 consid. 4.3). Une fissure à la jonction sus-épineux/sous-épineux ne saurait être assimilée à une déchirure des tendons, même partielle (voir dans ce sens l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_763/2015 du 11 juillet 2016 consid. 4.3).

6.3 Les conditions d'application des al. 1 et 2 de l'art. 6 LAA sont distinctes et doivent donc être examinées séparément pour déterminer si un trouble à la santé est couvert par la LAA (ATF 146 V 51 consid. 8.5 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_630/2020 du 28 janvier 2021 consid. 3.2 ; 8C_507/2020 du 15 décembre 2020 consid. 3.2 ; 8C_382/2020 du 3 décembre 2020 consid. 3.2). Lorsque l'assureur-accidents admet 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, le Tribunal fédéral a admis que l'assureur-accidents devait 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 (arrêts du Tribunal fédéral 8C_445/2021 du 14 janvier 2022 consid. 3.1 ; 8C_520/2020 du 3 mai 2021 consid. 3.1 ; 8C_459/2019 du 11 septembre 2020 consid. 5.1 ; 8C_412/2019 du 9 juillet 2020 consid. 5.2).

7.

7.1 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).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner

de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. 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).

7.2 Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même minimes quant à la fiabilité et à la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 139 V 225 consid.5.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_724/2021 du 8 juin 2022 consid. 3.2).

Ainsi, lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGA, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères: s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une

expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références).

7.3 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 ; ATF 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).

8.

8.1 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).

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

assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

8.3 Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. RS 101 ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 a Cst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d).

Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3).

9.

9.1 En l'espèce, l'intimée ne conteste pas le fait que les conditions d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA sont remplies s'agissant de l'événement du 5 octobre 2019. Ainsi, au vu de la jurisprudence susmentionnée, la question du droit aux prestations du recourant doit être examinée à l'aune de l'art. 6 al. 1 LAA.

Partant, la question de savoir si les lésions présentées par le recourant peuvent être assimilées à une déchirure – même partielle – du tendon, soit une lésion assimilée au sens de l'art. 6 al. 2 let. f LAA, peut rester ouverte.

9.2 S'agissant du lien de causalité entre l'accident du 5 octobre 2019 et les atteintes à la santé du recourant, l'intimée l'a nié au-delà du 5 avril 2019, retenant une aggravation passagère de l'état de santé du recourant due à l'accident, avec un *statu quo sine* atteint à six mois de l'accident, en se basant sur l'avis de son médecin-conseil.

Le recourant estime cependant que le lien de causalité entre sa symptomatologie et l'accident a perduré à tout le moins jusqu'au 27 janvier 2023.

Force est de constater que le chirurgien orthopédique consulté par le recourant, le Dr I_____, a également conclu que le lien de causalité entre les lésions de l'épaule gauche du recourant et l'accident du 5 octobre 2019 était possible, avec une probabilité de moins de 50%, ce après avoir examiné le recourant et pris connaissance des résultats des arthroscanners des 26 juin 2020 et 30 novembre 2022. À cela s'ajoute que, par certificat du 29 mars 2022, le Dr G_____ a indiqué qu'il ne pouvait établir aucune causalité entre la tendinite chronique de l'épaule gauche pour laquelle il avait soigné le recourant et des événements antérieurs.

L'existence d'un lien de causalité naturelle entre les lésions à l'épaule du recourant avec l'accident du 5 octobre 2019 n'apparaît dès lors pas établie au-delà du 30 septembre 2020.

En conséquence, les lésions à l'épaule n'ont pas à être couvertes par l'intimée sur la base de l'art. 6 al. 1 LAA.

9.3 On relèvera au surplus que le certificat médical du Dr E_____ du 16 mars 2022 qui mentionne, pour la première fois, un traumatisme de «la partie dorsale [du] dos » du recourant, ne lui est d'aucun secours. Il sied de souligner, à cet égard, que tant dans sa déclaration d'accident que dans ses écritures, notamment celle du 31 mars 2022, le recourant a clairement invoqué comme atteinte liée à l'accident une blessure à l'épaule gauche. Le premier certificat médical établi après l'accident, le 13 novembre 2019, émane du même médecin et ne fait état que d'une lésion à l'épaule gauche. Ce n'est qu'après le dépôt de son recours, que le médecin traitant du recourant a mentionné, sans plus de précisions, une blessure dorsale, non étayée par une imagerie médicale. Cette atteinte n'est mentionnée sur aucune autre pièce au dossier. Lors de l'audience de comparution personnelle des parties du 14 novembre 2022, le recourant a expliqué être tombé sur son épaule gauche et avoir présenté des douleurs à l'épaule et sur le côté droit, à la hauteur de l'estomac, sans mentionner de douleurs dorsales. Il ne peut dès lors être retenu de lien de causalité entre l'accident et une atteinte au dos du recourant.

Il en est de même de la dépression attestée par le Dr F_____ en février 2020. En effet, bien que ce médecin mentionne comme début de l'épisode dépressif « sa maladie de l'épaule », il décrit celui-ci comme concomitant mais indépendant de celle-ci, de sorte qu'il n'existe pas de lien de causalité naturelle entre cet accident et l'état dépressif du recourant, étant rappelé que ce dernier était déjà soigné pour une dépression lors de l'événement du 5 octobre 2019.

9.4 La documentation versée au dossier permettant déjà à la chambre de céans de statuer en connaissance de cause sur le bien-fondé de la décision attaquée, il n'y a pas lieu d'ordonner une expertise judiciaire, par appréciation anticipée des preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a).

10. Ainsi, au vu de l'ensemble des éléments médicaux au dossier, il convient de retenir que le lien de causalité entre les atteintes et l'événement du 5 octobre 2019

doit être nié au-delà de six mois après l'accident, soit dès le 5 avril 2020. L'intimée était en conséquence en droit de mettre fin à ses prestations.

La décision entreprise sera partant confirmée et le recours rejeté.

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

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

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	La présidente
Adriana MALANGA	Valérie MONTANI

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