RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/48/2004 **ATAS/91/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 3

du 26 janvier 2006

En la cause

Monsieur D_____,	recourant
contre	
HELSANA ASSURANCES SA, chemin de la Colline 12, case postale, 1000 Lausanne 9	intimée

Siégeant : Madame Karine STECK, Présidente,
Mesdames Juliana BALDE et Valérie MONTANI, Juges

EN FAIT

1. Monsieur D_____, né le 9 novembre 1961, a été engagé le 1er avril 2000 en tant qu'accompagnant soignant par l'Etablissement médico-social V_____ à Genève. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de HELSANA ASSURANCES SA (ci-après: HELSANA).

2. En date du 18 septembre 2002, l'employeur a annoncé à HELSANA que l'assuré avait été victime d'un accident. Le 13 septembre 2002, pendant qu'il accompagnait un résidant en chaise roulante pour prendre l'ascenseur, l'assuré a fait un faux mouvement en aidant un second résidant en chaise roulante à sortir de l'ascenseur. Il a reçu les premiers soins le 16 septembre 2002 du Dr A_____, spécialiste FMH en médecine interne.

3. Dans son rapport médical LAA daté du 19 septembre 2002, le Dr A_____ a constaté que l'élévation et la rotation interne de l'épaule droite étaient limitées et douloureuses ; il a diagnostiqué un probable déchirement partiel du tendon du sus-épineux. Le traitement a consisté en une immobilisation et en l'administration d'anti-inflammatoires. Un arrêt de travail à 100%, du 17 septembre au 25 septembre 2002, a été ordonné.

4. Par courrier du 19 septembre 2002, HELSANA a sollicité de l'assuré des renseignements complémentaires pour pouvoir statuer sur l'événement annoncé.

5. Déférant à cette invitation, l'assuré a retourné à HELSANA le questionnaire sur le déroulement des faits complété et daté du 26 septembre 2002. Il a confirmé avoir fait un faux mouvement en aidant un résidant en chaise roulante à sortir d'un petit ascenseur et avoir ressenti une douleur aiguë à l'épaule droite, une masse de poids s'étant abattue sur le bras droit à un moment donné.

6. Par courrier du 10 octobre 2002, HELSANA a informé l'assuré qu'elle prenait en charge l'événement du 13 septembre 2002. Une indemnité journalière de 122.65 fr., ainsi qu'un montant de 30.65 fr. au titre de prestations de l'assurance complémentaire, lui étaient versés dès le 16 septembre 2002, en sus de la prise en charge des frais de traitement.

7. Par déclaration d'accident datée du 4 juillet 2003, l'employeur a annoncé à HELSANA que l'assuré, en date du 16 juin 2003, avait ressenti des douleurs accélérées au niveau de l'épaule droite en tirant les chaises roulantes des résidants; cet événement a été qualifié de rechute de l'accident survenu au mois de septembre 2002. Les premiers soins ont été dispensés par le Dr W_____, spécialiste FMH en médecine interne.

8. Le rapport médical LAA, établi par le Dr W_____ , que l'assuré a consulté le 16 juin 2003, est parvenu à l'assureur en date du 24 juillet 2003. Dans ce rapport, le médecin a constaté que l'élévation et rotation interne de l'épaule droite étaient limitées et douloureuses et il a diagnostiqué une tendinite suite à une déchirure partielle du tendon du sus-épineux droit. Il s'agissait d'une récidive de douleurs en relation avec l'accident du 13 septembre 2002. Un arrêt de travail de deux semaines, du 16 au 30 juin 2003, a été ordonné.

9. En date du 11 août 2003, HELSANA a sollicité l'avis du Dr V_____, médecin consultant de l'assurance, afin de savoir si la relation de causalité entre les troubles d'alors au niveau de l'épaule droite et l'événement du 13 septembre 2002 était certaine, probable, possible, ou exclue. Dans une note manuscrite du même jour, le Dr V_____ a indiqué que comme pour le premier événement du 13 septembre 2002, il n'y avait pas de preuve de déchirure, seule l'inflammation étant constatée. Un lien de causalité entre les deux événements n'était donc que possible, ce d'autant plus que la seconde annonce était intervenue après un intervalle de neuf mois, pendant lequel aucun traitement n'avait été prodigué.

10. Par décision du 13 août 2003, HELSANA a refusé la prise en charge des suites des troubles ayant nécessité un traitement médical au mois de juin 2003, au motif que, d'une part, aucune déchirure du tendon du sus-épineux n'était intervenue, seule une inflammation ayant été constatée, et que, d'autre part, il n'était pas établi que cette inflammation trouvait son origine dans l'accident du 13 septembre 2002. Le cas relevait donc de l'assurance maladie. Etaient jointes à cette décision les photocopies des certificats médicaux établis par la Dr W_____ en date des 16 et 23 juin 2003, dont il ressortait que dans un premier temps, ce médecin avait indiqué que l'arrêt de travail trouvait son origine dans une maladie et non dans un accident.

11. Le même jour, une copie de cette décision a été communiquée à l'assureur maladie SWICA et à l'employeur de l'assuré.

12. En date du 25 août 2003, SWICA, a formé une opposition contre la décision d'HELSANA du 13 août 2003.

13. Par courrier du 31 août 2003, l'assuré a également formé opposition contre la décision d'HELSANA, au motif que les troubles présentés le 16 juin 2003 étaient bien la conséquence directe de l'accident du 13 septembre 2002. Il estimait avoir subi un second accident de travail en tirant les chaises roulantes.

14. Le même jour, SWICA a informé HELSANA qu'après avoir pris connaissance du dossier, elle retirait l'opposition provisoire formée le 25 août 2003.

15. Par décision sur opposition du 31 octobre 2003, HELSANA a maintenu son refus de prendre en charge les événements annoncés le 4 juillet 2003 au motif que, d'une part, les douleurs apparues le 16 juin 2003 n'étaient pas constitutives d'un nouvel

accident - le simple fait de tirer une chaise roulante ne constituant ni un accident ni un événement assimilé à un accident - et que, d'autre part, il ne s'agissait pas non plus d'une rechute, en l'absence de preuve concluante à cet égard. En effet, il ne pouvait pas être établi que l'inflammation constatée trouvait son origine dans l'accident du mois de septembre 2002, dont le traitement s'était terminé peu de temps après l'événement.

16. En date du 20 novembre 2003, l'assuré a informé son employeur que, suite au transport du chariot du matériel d'incontinence le 11 novembre 2003, il s'était à nouveau blessé au niveau de l'épaule droite. Un arrêt de travail maladie/accident lui a été prescrit par son médecin traitant, d'une à deux semaines.

17. Par lettre signature du 10 janvier 2004, l'assuré a interjeté recours contre la décision sur opposition du 31 octobre 2003 devant le Tribunal de céans. Il a fait valoir que le traitement des suites du premier accident ne s'était jamais véritablement terminé, dès lors qu'il avait continué à présenter une mobilité réduite du bras droit. Partant, il y avait lieu de considérer les événements de 2003 comme une rechute de l'accident du mois de septembre 2002.

18. Invitée à répondre, HELSANA a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision litigieuse. Elle estime que les événements du mois de juin 2003 ne sont constitutifs ni d'un nouvel accident, ni d'une rechute de l'accident du mois de septembre 2002.

19. Dans sa réplique du 10 mars 2004, le recourant a continué à soutenir que les deux rechutes de 2003, soit celle du mois de juin et celle du mois de novembre, avaient un lien de causalité avec le premier accident du mois de septembre 2002. Il s'agissait de rechutes ou de séquelles tardives, l'intervalle de neuf mois sans traitement qui s'était écoulé entre le premier et le second événement n'étant pas déterminant. L'événement du mois de juin correspondait par ailleurs à une lésion assimilée à un accident selon l'art. 9 OLAA, dès lors qu'il y avait eu déchirure partielle du tendon selon le rapport médical LAA du 27 juillet 2003. Il a affirmé être toujours suivi pour ces troubles et s'est étonné que l'intimée n'ait pas fait procéder à une expertise médicale avant de statuer sur le cas.

20. HELSANA a déposé sa duplique en date du 8 avril 2004. Elle expose que, compte tenu de l'intervalle de neuf mois qui s'est écoulé entre l'accident et les troubles du mois de juin 2003, il appartient à l'assuré de prouver au degré de vraisemblance prépondérante l'existence d'un lien de causalité avec l'élément d'origine, l'absence de preuve lui étant défavorable. Par ailleurs, elle soutient qu'il n'est pas question de considérer l'événement du mois de juin 2003 comme un nouvel accident, en l'absence d'une lésion assimilée à un accident; en effet, le diagnostic de déchirure partielle du tendon du sus-épineux n'a jamais été posé formellement.

21. Par courrier du 29 avril 2004, le recourant a produit un certificat médical du Dr A_____, daté du 27 avril 2004. Selon le médecin traitant, le recourant n'a jamais présenté d'antécédents médicaux au niveau des épaules, ni consulté à ce sujet avant le 13 septembre 2002, date à laquelle une douleur scapulaire droite était apparue subitement lors du déplacement d'une personne dans le cadre de l'activité professionnelle. A cette occasion, le diagnostic clinique était de tendinite du sus-épineux, traitée par des anti-inflammatoires et l'immobilisation. En date du 16 juin 2003, l'assuré a à nouveau consulté en raison de douleurs à l'épaule suite à un nouveau mouvement brusque lors de son activité professionnelle; le traitement anti-inflammatoire a été repris et associé à de la physiothérapie. Un arrêt de travail de deux semaines a été ordonné. Le 13 novembre 2003, le recourant a encore fait état de douleurs à l'épaule droite. De l'avis du médecin traitant, le bilan radiologique effectué le 20 novembre 2003 est compatible avec un conflit antéro-supérieur et une probable rupture partielle de la surface articulaire du tendon du sus-épineux avec une petite bursite. Il conclut qu'il s'agit d'une tendinopathie du sus-épineux droit survenue le 13 septembre 2002 et dont l'évolution est marquée par plusieurs récidives survenues dans le contexte d'une activité professionnelle qui nécessite l'utilisation régulière de force dans les mouvements de l'épaule droite.

22. Le Tribunal de céans a communiqué en date du 30 avril 2004 à HELSANA une copie de la lettre du recourant du 29 avril 2004 et de son annexe, pour observations éventuelles.

23. Par courrier du 10 mai 2004, HELSANA a indiqué que le certificat médical du Dr A_____ n'appelait pas de remarques complémentaires de sa part, le recourant n'ayant pas pu apporter la preuve d'une rupture partielle. Ce courrier a été adressé au recourant pour information. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA)

qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA).

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

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions dans le domaine de l'assurance-accidents. Eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 127 V 467 consid. 1), la LPGA est applicable au cas d'espèce. En effet, le moment déterminant en l'espèce est celui de l'annonce d'une rechute au mois de juillet 2003 (ATAS/688/2005 du 23 août 2005).

4. Selon l'art. 56 al. 1er LPGA, les décisions sur opposition sont sujettes à recours dans un délai de 30 jours (art. 60 al. 1er LPGA) auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré (art. 58 al. 1er LPGA). Si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse, selon l'art. 58 al. 2 LPGA. En matière d'assurance-accidents, en dérogation à l'art. 60 LPGA, le délai de recours est de trois mois pour les décisions sur opposition portant sur les prestations d'assurance (art. 106 LAA).

   Déposé dans les délai et forme prévus par la loi, le recours est recevable.

5. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents pour les troubles présentés au mois de juin 2003 et annoncés comme rechute de l'accident subi le 13 septembre 2002, singulièrement sur le lien de causalité naturelle entre les deux événements.

6. a) 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. Est réputé accident 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).

   b) La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 - ci-après: OLAA). Selon la jurisprudence, il y a rechute lorsqu'une atteinte présumée guérie récidive, de sorte qu'elle conduit à un traitement médical ou à une (nouvelle) incapacité de travail. En revanche, on parle de séquelles ou de suites tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des

modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent. Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 2). A cet égard, la jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, et plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (RAMA 1997 n° U 275 p. 191 consid. 1c ; ATFA non publié du 3 mai 2005 en la cause U 250/04).

7. L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 181 consid. 3.1, 406 consid. 4.3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références).

8. a) L'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition, Berne 1984, p. 136; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278, ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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 121 V 47 consid. 2a, 208 consid. 6b et la référence). 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 (RAMA 1999 n° U 349, p. 478 consid. 2b, ATFA non publié du 25 juillet 2002 en la cause U 287/01).

b) Le droit de faire administrer des preuves, qui découle du droit d'être entendu (ATF 122 II 469 consid. 4a), n'empêche pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction si, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles elle doit procéder d'office, elle est convaincue que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation; une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu (ATF 124 V 94 consid. 4b ; ATFA non publié du 25 août 2004 en la cause U 115/04).

c) Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Les parties sont donc en principe - sous réserve du devoir de collaborer à l'instruction de l'affaire - dispensées de l'obligation de prouver (ATF 125 V 195 consid. 2 et les références). Pour autant, elles ne sont pas libérées du fardeau de la preuve, en ce sens qu'en cas d'absence de preuve, la décision sera défavorable à la partie qui voulait déduire un droit de l'état de fait non prouvé (ATF 117 V 264 consid. 3b et les références; RAMA 1994 no U 206 p. 327 consid. 1 et les références).

9. a) En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid 3 a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

b) Le TFA a considéré que les rapports et expertises établis par les médecins employés de l'assureur 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 d'un assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérées comme objectivement fondés (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee).

10. a) En l'espèce, à la suite de l'accident dont il a été victime le 13 septembre 2002, le recourant a souffert de douleurs à l'épaule droite occasionnées par une tendinite, le Dr A_____ ayant diagnostiqué un probable déchirement partiel du tendon du sus-épineux. Le traitement a consisté en une immobilisation et en l'administration d'anti-inflammatoires. Le recourant a récupéré une capacité entière de travail après huit jours d'arrêt et le dossier ne fait pas état d'un suivi thérapeutique au-delà de quelques jours.

b) Le 16 juin 2003, le recourant a consulté à nouveau en raison de douleurs à l'épaule droite survenues dans le cadre de l'exercice de son activité professionnelle. Le Dr W_____ a diagnostiqué une "tendinite suite déchirure partielle du tendon du sus-épineux", qualifiée de rechute de l'accident du 13 septembre 2002. Le traitement a consisté en du repos, l'administration d'anti-inflammatoires et de la physiothérapie et s'est terminé le 21 juillet 2003. Un arrêt de travail de deux semaines, du 16 au 30 juin 2003, a été ordonné.

c) Questionné au sujet du deuxième événement, le Dr V_____, médecin conseil de HELSANA, a indiqué dans une note manuscrite du 11 août 2003 que, comme pour la première fois, il n'y avait pas de preuve de déchirure mais d'inflammation; le lien de causalité entre les deux événements n'était que possible d'autant plus que neuf mois s'étaient écoulés sans traitement.

d) De son côté, ayant examiné le recourant à sa demande au mois de novembre 2003 suite à une nouvelle apparition des douleurs, le Dr A_____ indique que le bilan radiologique (radiographies et échographie) effectué le 20 novembre 2003 est compatible avec un conflit antéro-supérieur et une probable rupture partielle de la surface articulaire du tendon du sus-épineux avec une petite bursite et il conclut qu'il s'agit d'une tendinopathie du sus-épineux droit survenue le 13 septembre 2002 et dont l'évolution est marquée par plusieurs récidives.

Ce rapport, établi le 27 avril 2004, soit après la décision sur opposition, n'est pris en compte que dans la mesure où il porte sur les circonstances au moment où celle-ci a été rendue (ATFA du 23 mai 2003, non publié, dans la cause U 218/02, consid. 4.1). A noter ici que le Tribunal de céans ne saurait en revanche tenir compte des faits relevés par le Dr A_____ dans son rapport du 27 avril 2004, en tant qu'ils concernent une nouvelle rechute des douleurs à l'épaule droite survenus au mois de novembre 2003. En effet, postérieurs à la décision litigieuse, ces faits n'ont pas d'incidence sur l'issue du procès, le juge des assurances sociales appréciant la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b; ATFA non publié U 2/02 du 30 décembre 2002, consid. 2.2).

11. a) A la lecture de ces documents médicaux, on constate que les conclusions des différents médecins qui se sont prononcés sur le lien de causalité entre les troubles présentés par le recourant au mois de juin 2003 et l'accident du 13 septembre 2002, divergent sur ce point. Le Dr W_____ et le Dr A_____ qualifient le second événement de rechute, et se prononcent ainsi en faveur d'une relation de causalité avec l'accident, mais leurs avis ne comportent pas une appréciation réellement motivée sur ce point. Le simple fait que l'assuré n'ait pas présenté de douleurs à l'épaule droite avant le 13 septembre 2002 ne saurait en effet constituer la preuve que les deux événements sont en relation de causalité naturelle, comme semble l'affirmer le Dr A_____. Le médecin consultant de l'assureur considère en revanche qu'un tel lien n'est que possible, mais pas probable dans le cas particulier, compte tenu notamment du laps de temps sans traitement qui s'est écoulé entre les deux événements; toutefois, son avis n'est pas non plus étayé.

    b) Au vu des divergences entre les conclusions médicales et en l'absence d'une évaluation médicale convaincante sur le point de savoir s'il existe un lien de causalité naturelle entre les troubles dont souffrait le recourant au mois de juin 2003 et l'événement accidentel survenu le 13 septembre 2002, il se justifie de renvoyer la cause à l'intimée pour qu'elle procède à une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise médicale.

12. Enfin, le recourant fait valoir, dans sa réplique du 10 mars 2004, qu'une déchirure partielle du tendon a été diagnostiquée par le Dr W_____. En l'espèce, le rapport médical LAA du 27 juillet 2003, fait état d'une tendinite suite déchirure partielle du tendon du sus-épineux droit, qualifiée de récidive de l'événement du 13 septembre 2002. C'est donc une inflammation du tendon et non pas une déchirure partielle qui a été diagnostiquée, la tendinite étant la séquelle de la (probable) déchirure partielle du tendon au mois de septembre 2002. Or, il est constant que seules les déchirures totales du tendon - ou partielles sous certaines conditions plus restrictives - sont assimilées à un accident, l'art. 9 al. 2 let. f OLAA utilisant le terme déchirure et non pas celui de lésion, dont la portée est plus large (ATF 114 V 302). La jurisprudence a d'ailleurs précisé que compte tenu des difficultés de distinguer cliniquement les déchirures partielles du tendon d'autres affections comme les tendinites, les premières ne sont constitutives d'une lésion assimilée que si elle peuvent être médicalement constatées de manière irréfutable (ATF 114 V 302, consid. 5c; ATFA non publié U 209/02 du 2 septembre 2003, consid. 2.3). En l'état du dossier et sous réserve du résultat des investigations complémentaires que l'assureur est tenu d'effectuer, les douleurs survenues le 16 juin 2003 ne sont pas les suites d'une lésion assimilée au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA.

13. Au vu de ce qui précède, le Tribunal de céans ne peut pas trancher le litige en pleine connaissance de cause. En conséquence, le recours est partiellement admis et la cause est renvoyée à l'assureur, afin qu'il instruise complètement les aspects médicaux du cas et ordonne une expertise, afin de déterminer si les douleurs

ressenties par le recourant au mois de juin 2003 présentent un lien de causalité naturelle avec l'accident du mois de septembre 2002.

14. Vu la nature du litige, aucun émolument ne sera perçu.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.

3. Annule la décision sur opposition de HELSANA ASSURANCES SA du 31 octobre 2003.

4. Renvoie la cause à HELSANA ASSURANCES SA afin qu'elle procède aux mesures d'instruction nécessaires dans le sens des considérants.

5. Dit que la procédure est gratuite.

6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière La Présidente :

Janine BOFFI Karine STECK

La secrétaire-juriste : Verena PEDRAZZINI RIZZI

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